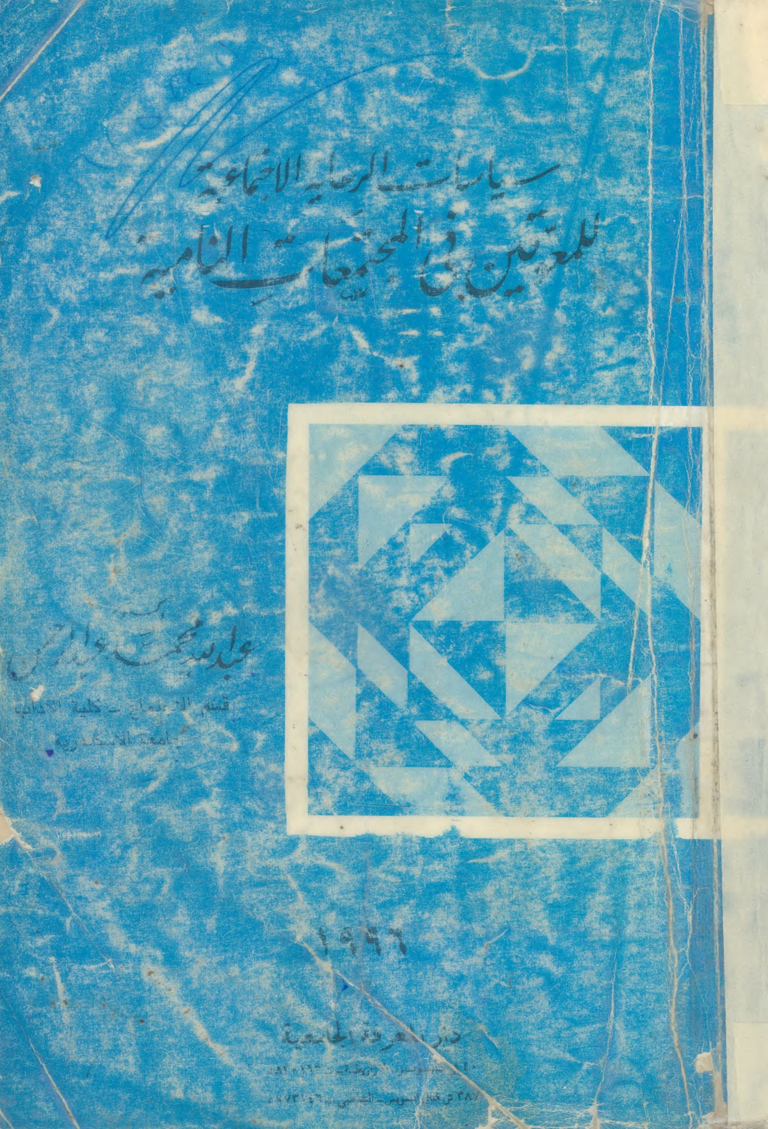


سياسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية

بقلم
عبد الله محمد عبد الرحمن
قسم الاجتماع – كلية الآداب
جامعة الإسكندرية

١٩٩٦

دار المعرفة الجامعية
٤٠ ش سوتير – الأزاريطة – ت ٤٨٣٠١٦٣
٣٨٧ ش قنال السويس – الشاطبي ت ٥٩٧٣١٤٦

مقدمة :

منذ بد[illegible] سينات سعت الكثير من العلوم الإجتماعية ، لتحديث مناهجها وطرق دراستها ، لتحليل مشكلات المجتمع الحديث الذي نعيش فيه . وجاءت تلك الجهود ، كنوع من المواكبة للتطورات العلمية المتعددة ، التي شهدتها العلوم الطبيعية الأخري، خاصة بعد أن حققت المزيد من التقدم والإنجاز العلمي للظواهر التي تقوم بدراستها وتحليلها . ولقد ركزت علوم إجتماعية مثل ، الإقتصاد ، والسياسة ، وعلم النفس ، والإجتماع والسياسة الإجتماعية وغيرها ، علي ضرورة الإهتمام بدراسة المشكلات الإجتماعية ، وأسباب تفاقمها في السنوات الأخيرة ، والعوامل التي أدت إلي تعدد هذه المشاكل ، وإتساع نطاقها ونتائجها وأثارها السلبية علي جميع مظاهر الحياة الإجتماعية .

وحرص علم الإجتماع كغيره من العلوم الإجتماعية ، علي دراسة المشكلات الإجتماعية ، مستغلاً في ذلك التطورات العلمية ، التي طرأت علي مناهج وأدوات البحث علمي ، وتطبيقها بصورة فعلية . كما ساهمت فروع علم الإجتماع المتخصصة وإثرائها بالعديد من المهتمين والباحثين المتخصصين ، بالمشاركة في الكشف عن جذور تلك المشاكل وأسبابها ، والعوامل المتداخلة فيها ، ونسبية حدوثها في مجتمعات دون أخري ، وكيفية الإعداد والتخطيط لها علي أسس علمية حديثة .

وبالفعل ، ظهرت ميادين جديدة في علم الإجتماع ، تخصصت في دراسة قضايا المجتمع الحديث ومشكلاته ، مثل السياسة الإجتماعية Social Policy ، والباثولوجيا الإجتماعية Social Pathology ، أو دراسة الأمراض الإجتماعية . وركزت جهودهما علي دراسة المشاكل الإجتماعية ، وكيفية التخطيط ووضع السياسات والإستراتيجيات اللازمة ، للتخفيف من حدتها والوقاية منها بقدر الإمكان. وفي حقيقة الأمر ، تعتبر هذه الميادين من الموضوعات الأساسية التي تعكس إهتمامات علم الإجتماع منذ نشأته الأولي ، إلا أن روح العصر الحديث ، والتخصص

العلمي الدقيق ، ساعدا علي توجيه الكثير من إهتمامات هذا العلم نحو هذه وخاصة بعد أن تزايدت خطورة ونتائج المشكلات ، وإخفاق العلوم الطبيعية في العلاج أو الدواء الإكلنيكي Clinical Medicine ، ومن ثم جاءت الضرورة بأهمية العلاج الإجتماعي Social Medicine .

وما من شك ، إننا نلاحظ أن العديد من المشكلات الإجتماعية ، التي ظهرت آثارها السلبية في المجتمع العالمي بصورة واضحة في السنوات الأخيرة . لم تستطع العلوم الطبيعية والسلوكية ، أن تقدم حلولاً علاجية لها ، نتيجة لطبيعة الظواهر الإجتماعية المعقدة ، والتي تسهم في تكوينها وتشكيلها العوامل الإجتماعية والبيئة الثقافية ، وتلعب أدواراً متعددة في ظهور أعراضها ومظاهرها المتنوعة . فمشكلات مثل الجريمة والإنحراف ، والعنف والتطرف ، والفقر ، والجهل ، والمرض ، والإعاقة ، والإدمان والمخدرات ، والمشكلات الأسرية ، والتمييز العنصري وغيرها ، تعد في مجملها مشكلات تسببها عوامل إجتماعية ، وأخلاقية وقيمية من الدرجة الأولي . وتعكس في الوقت ذاته ، نوعية التغيرات والتطورات الجذرية ، التي تحدث علي كل من البناءات والإنساق والنظم الإجتماعية ، ومايصاحبها من إنهيارات وتصدعات كبيرة في القيم الأخلاقية والبيئية والإجتماعية .

وربما نجد خير دليل علي ذلك ، ما نشاهده من ظاهرة الأمراض الحديثة، والتي تظهر في مشكلات الإدمان والمخدرات والأيدز علي سبيل المثال ، فإن أسباب حدوثها الرئيسية ، تكمن في طبيعة العوامل الإجتماعية ، والقيم الأخلاقية ، والتي تسهم في تكوينها ومظاهرها وأعراضها ونتائجها السلبية . ولم تستطع المعالجات الطبية الإكلينيكية البحتة التصدي لهذه المشكلات ، أو التعرف علي أسبابها الأساسية، ولماذا تختلف درجة إنتشارها في مجتمعات دون أخري ، أو نتيجة زيادة معدلات حدوثها وأثارها في بيئات محلية داخل المجتمع الواحد . إن أهمية دراسة العوامل الإجتماعية والقيم الروحية والأخلاقية ، ونوعية الواقع الإقتصادي والثقافي ،

والحضاري ، تعتبر من العوامل الهامة التي يسعي لتحليلها علم الإجتماع وغيره من العلوم الإجتماعية في الوقت الراهن ، للتعرف علي وسائل أكثر فاعلية لعلاج مثل هذا النوع من المشكلات .

حقيقة ، إن إسهامات وإهتمامات علم الإجتماع تركزت منذ نشأته الأولي علي دراسة مشكلات المجتمع الحديث ، وتحليل الظروف والتغيرات المتعددة المصاحبة له. فلقد جاءت تحليلات رواد علم الإجتماع الأوائل ، من أمثال أوجست كونت A. Comte ، وأميل دروكايم E. Durkheim ، وماكس فيبر M. Weber ، وهربرت سبنسر H. Spencer بدراسة مشكلات إجتماعية مثل الإنتحار Suicide ، والسياسة الإجتماعية Social Policy ، والرعاية الإجتماعية Social Welfare وغيرها . وركز الرعيل الثاني من علماء الإجتماع من أمثال روبرت ميرتون R. Merton ، وتالكوت بارسونز T. Parsons ، وروبرت بندكس R. Bendix ، ونيل سملسر N. Semelser وغيرهم ، علي دراسة الوظائف الظاهرة والكامنة Latient & Manifest Function للظواهر والمشكلات الإجتماعية ، وتحليل الأدوار الإجتماعية ولاسيما دور المرض Sick Role ، والمؤسسات الإجتماعية Social Institutions وغيرها . ومن ثم ، جاءت هذه التحليلات لتركز علي دراسة مشكلات إجتماعية ظهرت في المجتمع المعاصر واهتم بها علماء الإجتماع بصورة واقعية .

ومنذ بداية الستينات ، تطورت إهتمامات علماء الإجتماع المحدثين ، وركزت علي ضرورة معالجة المشكلات الإجتماعية وربطها بنوعية السياسات والبرامج الإجتماعية ، التي يجب تكريسها لها بالفعل . ولقد تمثلت هذه الإهتمامات في كتابات كل من مارشال Marchall وتونسند Townsend ، وتيتموس Titmus ، وسافيل Sevielle ، وليفنجستون Livingstone ، وباركر Parker وغيرهم . ولقد تبلورت هذه التحليلات في إطار أحد فروع علم الإجتماع المتخصصة والتي تسمي سوسيولوجيا الرفاهية Sociology of Welfare ، وبدأت تكريس جهود علماء

الإجتماع ، نحو أهمية تحليل المشكلات الإجتماعية ، في إطار ما يطرح لها من وسائل وأساليب تقوم علي أسس علمية حديثة ، وتتبلور في صورة مجموعة من البرامج والسياسات والإستراتيجيات العامة ، التي تهدف للحد من مشكلات المجتمع الحديث ، وتقديم العلاج لها ، بصورة تتلاءم مع طبيعة الواقع الإجتماعي الذي نشأت فيه .

ومن هذا المنطلق ، ظهرت مداخل ومنظورات سوسيولوجية عديدة لعلم الإجتماع ، سعت لدراسة كل من المشكلات الإجتماعية ونوعية السياسات والإستراتيجيات التي يجب تقديمها لها . فبعض تلك المداخل ركز علي سياسات الإصلاح أو الهندسة الإجتماعية Social Engineering ، وأخري اهتمت بضرورة تقديم الرعاية الشاملةComprehensive Cares، وأكدت البعض علي مدخل حقوق المواطنة Citizenship Rights ، وزيادة الولاء والإنتماء والتضامن الإجتماعي Social Solidarity ، والمسئوليات الجمعية Collective Responsabilities . وبالرغم من الإنتقادات التي توجه لكل من هذه المداخل علي حدة ، وتباينها حول سبل وأساليب معالجة مشكلات السياسة الإجتماعية وقضاياها المختلفة ، إلا أنها جميعاً تؤكد علي ضرورة الأخذ بسياسات الرعاية الإجتماعية ، والتصدي لمشكلات المجتمع ، والعمل علي وضع إستراتيجيات مخططة للحد من آثارها السلبية ، وتقديم الحلول العلاجية لها .

وفي حقيقة الأمر ، وبالرغم من أهمية هذه التحليلات السوسيولوجية والتطورات العلمية ، التي تركزت علي ضرورة التصدي لمشكلات المجتمع الحديث ، ومعالجة قضايا السياسة الإجتماعية بصورة عامة . إلا أن معظم تلك الإهتمامات والمعالجات لعلماء الإجتماع قد ركزت بالفعل علي دراسة الواقع الإجتماعي للمجتمعات المتقدمة ، ولم تحظ المجتمعات النامية ، بنوع من الإهتمام بدرجة ملحوظة لدراسة مشكلاتها وقضايا السياسة والرعاية الإجتماعية المتعددة . وهذا يكشف عن

نواح متعددة لقصور علم الإجتماع وأزمته المعاصرة ، وغياب معالجاته لقضايا المجتمع النامي بصورة واضحة .

وفي الواقع ، لقد جاء إهتمامنا الحالي بدراسة إحدي مشكلات المجتمع الحديث ، وهي مشكلة الإعاقة والمعوقين ، للتعرف علي إسهامات علم الإجتماع والسياسة الإجتماعية وغيرها من العلوم الإجتماعية الأخري في دراسة هذه المشكلة ، وتحديد أسبابها ونتائجها ، وطبيعة الإتجاهات الأيديولوجية والقيم البيئية والإجتماعية التي تفسرها ، وكيفية التصدي لها ورفع المعاناة عن الفئات الإجتماعية غير القادرة من المعوقين ، وذلك علي أسس علمية حديثة . خاصة ، بعد أن تفاقمت نتائجها وآثارها بصورة ملحوظة في السنوات الأخيرة ، وهددت جميع الفئات الإجتماعية الأخري ، وتنوعت العوامل البيولوجية والوراثية والإجتماعية والأخلاقية والبيئية الثقافية والحضارية ، المسببة لحدوثها بصورة عامة .

علاوة علي ذلك ، يعكس إهتمامنا لمعالجة مشكلة المعوقين ولابعادها الحقيقية علي المستوي العالمي من ناحية ، والعالم النامي من ناحية أخري . خاصة ، بعد أن شهد العالم منذ بداية عقد الثمانينات تحولاً ملحوظاً نحو دراسة هذه المشكلة ، وتقديم سبل الرعاية اللازمة للمعوقين وتأهيلهم ، وإعتبارهم من الفئات الإجتماعية التي حرمت كثيراً من أنماط الرعاية الحقيقية والضرورية لفترات طويلة . كما جاء هذا الإهتمام ، بعد أن أثبتت الإحصاءات العالمية ، بأن نسبة المعوقين بلغت ١٠٪ من إجمالي سكان العالم ، كما تصل هذه النسبة إلي ١٣ - ١٥٪ في المجتمعات النامية . ومن هذا المنطلق ، جاء إعلان الأمم المتحدة بإعتبار عام ١٩٨١ عاماً دولياً للمعوقين ، تتويجاً لتغير إتجاهات الرأي العام العالمي نحو الإعاقة والمعوقين ، وإذاناً بتكريس الجهود الإقليمية والعالمية نحو تحقيق المزيد من التعاون ، من أجل رعاية وتأهيل المعوقين وتقديم أنماط الرعاية اللازمة لهم .

ومما هو جدير بالذكر ، أن مشكلة المعوقين في مجتمعات العالم الثالث ترتبط إرتباطاً أساسياً بقضايا التنمية ومشكلاتها المتعددة ، فإرتفاع نسبة الإعاقة والمعوقين إلي هذه النسبة العالية ، والتي تصل أحياناً إلي ٢٠٪ من إجمالي عدد السكان في الدول الأكثر تخلفاً . تعد إهداراً حقيقياً لطاقات التنمية وأهم عناصرها الحقيقية وهي الموارد البشرية Human Resources . وهذا ما يؤكده بالفعل علماء الإقتصاد والتنمية في الوقت الحاضر ، وتركيزهم علي العامل البشري ، كأحد الموارد الأساسية لعمليات الإنتاج ومقوماته العامة . ومن هذا المنطلق ، تعمل العديد من دول العالم الثالث جاهدة لتطوير سياساتها الإجتماعية ، نحو تقديم سبل أفضل لعلاج المعوقين وتأهيلهم ، والإستفادة من طاقاتهم وإمكاناتهم البشرية.

ومن ثم ، فلقد كانت تأكيدات علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية وغيرهم من العلوم الإجتماعية علي ضرورة السعي لإدماج Internalization المعوقين في عمليات التنمية ، وعدم إهدار الطاقات البشرية لنسبة كبيرة من حجم السكان . ولقد طرحت بالفعل بعض الإستراتيجيات التي اهتمت الدراسة بمعالجتها من الناحية النظرية والإمبريقية الميدانية ، وعلي ضرورة الأخذ بالتخطيط الإجتماعي Social Planning ، لإدماج المعوقين في المجتمع ، والعمل علي تغيير الإتجاهات ، والقيم ، والأيديولوجيات العامة ، نحو الإعاقة والمعوقين ، وتحديث الوعي الإجتماعي والصحي والثقافي والحضاري بصورة عامة ، عن طريق تطوير عمليات التنشئة الإجتماعية Socialization Processes ، والمؤسسات الإجتماعية ، والإهتمام بدور وسائل الإعلام أو مايعرف بوسائل الإتصال الجماهيري Mass- Communcation .

وإنطلاقاً من أهمية وأبعاد مشكلة المعوقين ، وخاصة في مجتمعات العالم الثالث ، كرست هذه الدراسة أهدافها لتحليل أهم سياسات الرعاية الإجتماعية للمعوقين ، وذلك علي المستويين النظري والأمبريقي : فلقد حرصت الدراسة منذ البداية ، علي تحليل التراث النظري لمشكلة المعوقين ، والذي جاء في جزئها الأول،

ويتضمن ستة فصول أو مباحث أساسية ، ركز (الأول) منها علي تحليل إسهامات علماء الإجتماع فيما يتعلق بقضايا الرعاية الإجتماعية وسياساتها المختلفة ، ودراسة أهم المفاهيم والتصورات الأساسية التي تتداخل مع عملية الرعاية الإجتماعية ومستويات الرفاهية المختلفة . ثم معالجة ، أهم المداخل والمنظورات السوسيولوجية ، التي تناولت قضايا الرعاية الإجتماعية ومشكلاتها المتعددة ، مثل مدخل الإصلاح والهندسة الإجتماعية ، والرعاية الشاملة ، والتحول نحو والتصنيع ، والمدخل الإشتراكي والوظيفي وغيرهم . ثم ، دراسة قضايا السياسة الإجتماعية وإهتمامات علم الإجتماع في الدول النامية .

ويتناول (المبحث الثاني) ، تحليلاً لأبعاد وحجم مشكلة المعوقين ، وكيفية إرتباطها بمشكلات وسياسات الرعاية الإجتماعية والتطورات التاريخية ، التي طرأت علي جوانب هذه المشكلة ، وذلك في إطار ثلاثة مستويات وهي **أولاً** ، المستوي العالمي ، وكيفية تغير النظرة المجتمعية إلي الإعاقة والمعوقين عبر العصور التاريخية ، بدءاً بالعصور القديمة ومارأ بالعصور الوسطي حتي وصولها إلي ماهو عليه الآن في العصر الحديث . وإلي أي حد تغيرت مؤسسات ومراكز تأهيل المعوقين ، وارتبطت بنوعية السياسات الإجتماعية بصورة عامة . **ثانياً** ، المستوي العربي ، فلقد كشفت الدراسة عن أنماط الرعاية الإجتماعية في العصور الفرعونية القديمة ، ثم العصور الإسلامية التي اتسمت بالعديد من مظاهر رعاية وتأهيل المعوقين دون غيرها من المجتمعات الأخري وماهي واقعية الرعاية الإجتماعية في العالم العربي في الوقت الراهن . **وثالثاً** : المستوي الخليجي . باعتبار أن مجتمع الدراسة الحالية ، ركز علي دراسة إحدي المجتمعات الخليجية – وهي سلطنة عمان – فحرصت الدراسة علي تحليل – أهم أبعاد وحجم مشكلة المعوقين في هذه المجتمعات بصورة خاصة ، ومدي إرتباطها بالتغيرات الإقليمية والعربية والعالمية .

أما المبحث الثالث ، فيناقش تعريف الإعاقة وتصنيفات المعوقين ، وأهم المفاهيم التي تتداخل مع الأعاقة مثل العجز ، والإصابة وغيرها ، وكيف تناولت تحليلات الباحثين والمهتمين بقضية المعوقين هذه المفاهيم المختلفة ؟ وماهي أهم الإنتقادات التي وجهت إلي النظرة التقليدية لمفهوم الإعاقة ؟ وكيفية تحديث هذا المفهوم ليتلائم مع طبيعة الإعاقات الإجتماعية الأخري التي تزايدت في المجتمع الحديث ، مثل المنحرفين والأحداث والمدمنين وغيرهم من الفئات الإجتماعية الأخري؟. ثم إلي أي حد يمكن الإستفادة من عمليات تصنيف المعوقين ، حسب نوعيات الإعاقات وأسبابها ، وطبيعة القدرات والطاقات المختلفة للمعوقين ؟ وكيف يمكن تحديد هذه الإعاقات لتقديم أنماط العلاج والتاهيل اللازمة . ويعالج ، المبحث الرابع ، أسباب الإعاقة وحدوثها ، وأهم العوامل التي تشكلها مثل العوامل البيولوجية والوراثية والإجتماعية ، والأمراض المعدية وغير المعدية الأخري مثل التراكوما ، وسوء التغذية ، والإدمان والمخدرات وأخيراً الإيدز . وكيف ارتبطت هذه الأمراض بالبيئة الإجتماعية والأيكولوجية وساهمت في إرتفاع نسبة المعوقين ؟ ثم ، تحليل أهم الآثار الناتجة عن الإعاقة سواء علي الفرد وأسرته أو علي المجتمع ، خاصة الآثار النفسية والإجتماعية والإقتصادية وغيرها ؟

ويركز المبحث الخامس ، علي دراسة عمليات التأهيل وتعريفاتها المختلفة ، ومدي إرتباط مفهوم التأهيل بالعديد من المفاهيم الأخري مثل التوافق ، والتكيف ، والتعليم وغيرها . كما يهتم بمعالجة ، مستويات وبرامج رعاية المعوقين ، وكيفية الحد من الإعاقة والوقاية منها ، ثم ، تحليل أهم الفئات المهنية والفنية ، التي تقوم برعاية عالم الإعاقة والمعوقين وعمليات التأهيل النفسي ، والإجتماعي ، والتربوي ، والمهني والطبي العلاجي . بالإضافة إلي أهم الشروط والخطوات الأساسية التي تستلزمها هذه العمليات . كما يتناول أيضاً ، أهم مؤسسات ومراكز رعاية وتأهيل المعوقين والتي تنوعت في المجتمع الحديث بصورة ملحوظة . ويناقش ، المبحث السادس ،

أهم الأفكار والتصورات الهامة ، حول سياسات التخطيط لرعاية وإدماج المعوقين في المجتمع ، وماهي أهم الإستراتيجيات ، التي سعت للتركيز علي أهمية التخطيط الإجتماعي الشامل ، ودوره في تحقيق أهداف عملية إدماج المعوقين ، والإستفادة منهم في عمليات التنمية ، والعمل علي إستثمار هذه الطاقات البشرية بصورة واقعية، بما يتناسب مع قدرات المعوقين ومجتمعاتهم ، ونوعية خطط التنمية الإقتصادية والإجتماعية .

أما الجزء الثاني (والميداني) للدراسة ، فإنه يتضمن الفصول أو المباحث من السابع إلي العاشر ، حيث يركز المبحث السابع ، علي الإستراتيجية المنهجية للبحث، مشيراً إلي أهم أهداف الدراسة وتساؤلاتها ، وأسباب إختيار عينة البحث من المعوقين والعاملين والمسئولين ، وأهم مراكز ومؤسسات رعاية وتأهيل المعوقين ، التي أجريت عليها الجانب الميداني من الدراسة . ثم ، تناول أهم الطرق وأدوات وأساليب جمع البيانات الميدانية وتحليلها . أما المبحث الثامن ، فإنه يعالج التعريف (بمجتمع الدراسة) ، وهي سلطنة عمان ، وأهم التطورات الإجتماعية والإقتصادية التي تعكس سياسات الرعاية الإجتماعية بها منذ عام ١٩٧٠ وحتي الوقت الحالي . والإشارة إلي عدة مراحل أساسية ، تبرز أهم عمليات الرعاية الإجتماعية للمعوقين بصورة خاصة، وإلي أي حد أصبحت هذه المشكلة من أهم المشكلات التي تؤثر علي عمليات التنمية وطاقاتها البشرية .

كما يتناول المبحث التاسع من الدراسة ، عرضاً تحليلياً لأهم نتائج الدراسة الميدانية وشواهدها الإمبريقية ، ومركزاً علي خصائص عينة البحث من المعوقين وطبيعة موطنهم الأصلي ، وبيئتهم الإجتماعية والحالة الإقتصادية والتعليمية والمهنية ، وعلاقتها بأسباب وحدوث الإعاقة ، وغير ذلك من المتغيرات البيئية والسلوكية والمجتمعية الأخري . ثم تحليل ، طبيعة الوعي الإجتماعي والصحي نحو الإعاقة والمعوقين ، وتقييم عمليات التأهيل ونوعية الأداء الوظيفي والمهني للعاملين،

وطبيعة الخدمات التي تقدم بالفعل في مؤسسات ومراكز تأهيل المعوقين . علاوة علي ذلك ، معالجة أهم المشكلات والمعوقات التي تواجه طبيعة العمل بهذه المؤسسات ، وكيفية التخطيط لتحسين مستويات التأهيل وتقديم خدمات أفضل للمعوقين والعمل علي إدماجهم في المجتمع . أما المبحث العاشر والأخير ، فإنه يركز علي عرض أهم نتائج الدراسة وتوصياتها المختلفة ، والتي توصلت إليها التحليلات النظرية والإمبريقية الميدانية للدراسة ، ونود أن تكون مرشداً هاماً ، ويستفاد منها في عمليات التخطيط والإعداد لسياسات الرعاية الإجتماعية للمعوقين سواء في السلطنة أو غيرها من مجتمعات العالم النامي في المراحل الراهنة أو المستقبلية .

وأخيراً ، يجب أن نشير هنا ، إلي أن هذه الدراسة ماهي إلا - دراسة متواضعة - ، نأمل أن تسهم في إثراء مجال الدراسات الإجتماعية حول رعاية المعوقين وسياسات الرعاية الإجتماعية للفئات الإجتماعية الأخري ، وخاصة في دول العالم الثالث ، التي تسعي إلي النهوض بمستويات التنمية الشاملة ، وتحسين كفاءة مؤسساتها وتنظيماتها الإجتماعية المختلفة ، حتي تفي بتقديم الحاجات الأساسية والضرورية لفئاتها الإجتماعية ، وتعمل علي زيادة روح الولاء والإنتماء والتضامن الإجتماعي ، وذلك عن طريق تبني سياسات وإستراتيجيات للتنمية الشاملة ، تقوم أساساً علي التخطيط الإجتماعي العلمي . ومن ثم ، تجئ أهمية هذه الدراسة ، بأنها أجريت علي إحدي المجتمعات العربية الخليجية النامية ، والتي تندر حولها مثل هذا النوع من الدراسات بصورة نهائية ، كما تسهم أفكارها وتصوراتها العامة لتكون مجالاً للبحث والتحليل والمناقشة ، من جانب المهتمين والقائمين علي وضع سياسات التخطيط والرعاية الإجتماعية .

ومما هو جدير بالذكر ، أن هذه الدراسة كان قد خطط لها مسبقاً خلال مراحل إعدادها الأولي ، بأن تشمل دراسة سياسات الرعاية الإجتماعية والنفسية للمعوقين ، ولكنها أقتصرت بعد ذلك علي الإهتمام فقط بالجوانب الإجتماعية ، نظراً

لظروف السفر المفاجئ للدكتور / علي السيد سليمان ، والذي كان سوف يعالج الجانب النفسي . وفي النهاية ، يسعدني أن أشكر كل الذين ساهموا في هذه الدراسة ، وأخص بالشكر الأستاذة / نبيلة حبشي خبيرة الأمم المتحدة بوزارة الشئون الإجتماعية والعمل بسلطنة عمان ، وإلي جميع أفراد العينة من المعوقين وأسرهم والعاملين والمسئولين ، التي أجريت عليهم الدراسة بمؤسسات ومراكز رعاية المعوقين والمديرية العامة لشئون المرأة والطفل . كما أشكر ، إدارة جامعة السلطان قابوس علي سرعة موافقتها الإيجابية للباحث بإجراء هذه الدراسة ، وإلي الأخوة الزملاء بقسم الإجتماع لمشورتهم العلمية القيمة . ويسعدني أن أشكر في النهاية ، الأخ الزميل / بديوي علام بمركز البحوث لمساهمته وإرشاداته الهامة لي ، لإدخال وتحليل بيانات الدراسة عن طريق الحاسب الآلي بجامعة السلطان قابوس .

والله ولي التوفيق ،،

عبد الله محمد عبد الرحمن

مسقط

الجزء الأول : الجانب النظري للدراسة

المبحث الأول : علم الإجتماع وقضايا الرعاية الإجتماعية وسياستها .

المبحث الثاني : أبعاد وحجم مشكلة المعوقين .

المبحث الثالث : تعريف وتصنيف المعوقين .

المبحث الرابع : أسباب الإعاقة والآثار الناتجة عنها .

المبحث الخامس : عمليات التأهيل ورعاية المعوقين .

المبحث السادس : سياسات التخطيط ورعاية المعوقين .

المبحث الأول

علم الإجتماع وقضايا الرعاية الإجتماعية وسياساتها

تمهيد :

(١) مفاهيم وقضايا أساسية .

(٢) المنظورات السوسيولوجية في دراسة السياسة الإجتماعية .

(٣) قضايا السياسة الإجتماعية وعلم الإجتماع في الدول النامية .

تعقيب .

تمهيد :

إرتبطت دراسة سياسات الرعاية الإجتماعية ، بإهتمامات العديد من الباحثين والمهتمين بالعلوم الإنسانية منذ منتصف هذا القرن ، كما كانت مصدراً لإهتمام القائمين علي وضع برامج الرعاية وصناع القرارات للسياسات الحكومية سواء في الدول المتقدمة أو النامية علي حد سواء . وجاءت تلك الإهتمامات لتعبر عن تحليل واقعي للعديد من المشكلات ، التي زادت بصورة ملحوظة في السنوات الأخيرة ، ولتشير بوضوح إلي عمق التغيرات البنائية والوظيفية التي حدثت علي كل من البناءات والنظم الإجتماعية . وما من شك ، فلقد أصبحت قضية السياسة الإجتماعية إحدي القضايا الهامة التي تتعرض للعديد من مجالات الحياة الإجتماعية الأساسية مثل : التعليم ، والصحة والعلاج ، والإسكان ، وغيرها من المجالات الأخري . كما تعبر في نفس الوقت ، عن دراسة طبقات أو فئات إجتماعية معينة ، مثل الفئات العاملة ، ورعاية المسنين ، والأحداث ، والمعوقين وغيرها من الفئات الإجتماعية التي تحتاج إلي رعاية خاصة أو مميزة .

وفي الواقع ، أن تحليل سياسات الرعاية الإجتماعية ، تمتد جذورها ليس فقط في عالمنا الحديث أو المعاصر ، بقدر ماكانت هناك مجتمعات قديمة إرتبطت ظروفها الإقتصادية والإجتماعية والدينية بإطار سياسات إجتماعية معينة ، وإهتمت فيها بالفعل بألوان متعددة من الرعاية الإجتماعية ، وتقديم الكثير من المساعدات وسبل العناية بالفئات الإجتماعية الفقيرة وغير القادرة . ومن ثم ، أصبحت دراسة قضية الرعاية الإجتماعية عبر العصور التاريخية ، إحدي المعالجات الهامة لفهم تلك القضية وتطورها في الأزمنة التاريخية الماضية ، حتي أن وصلت إلي ما هي عليه في الوقت الحاضر .

وتعكس لنا تحليلات تراث الرعاية الإجتماعية وسياستها المختلفة في العصر الحديث ، بأن هناك تمايزاً واضحاً بين الدول المتقدمة والنامية ، ويرجع ذلك التمايز

لتباين الإختلافات الأيديولوجية والثقافية والدينية التي توجد في واقع تلك المجتمعات، ونظرتها الحقيقية لطبيعة مشكلاتها الإجتماعية ، وسبل التخطيط والإعداد لها ، وكيفية معالجتها لتلك القضايا للتخفيف من حدتها وآثارها السلبية . علاوة علي ذلك ، يكشف ذلك التمايز عن تباين ملحوظ في نوعية السياسات الإجتماعية ، ونظرتها الفعلية نحو تقديم كافة ضروريات الحياة ، أو مايعرف بالحاجات الأساسية Basic Needs ، إلي جميع الفئات الإجتماعية ، وخاصة التي تحتاج منها لتلك الحاجات الضرورية .

وفي حقيقة الأمر ، إن دراسة قضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، من القضايا الهامة التي لم تنل إهتمامات ملحوظة من قبل العاملين في مجال العلوم الإجتماعية بالمقارنة بغيرها من القضايا الأخري . وساهم في ذلك ، عجز الأساليب المنهجية التي تتناول قضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، ودراستها بصورة واقعية. كما يرجع ذلك بالطبع ، إلي غياب الأطر النظرية والتصورية ، التي توجه إهتمامات الباحثين ونقطة إنطلاقهم الأساسية ونوعية أساليب البحث المنهجية ، التي يعتمدون عليها عند معالجتهم لتلك القضية علي مستوي البعدين ، النظري والتطبيقي معاً .

وعموماً ، سوف نركز إهتمامنا الحالي ، لمعالجة بعض القضايا التي تتداخل مع قضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، وخاصة تلك التي تتعلق بمفاهيمها وتعريفاتها الأساسية ، والأطر النظرية والتصورية الهامة ، التي يعتمد عليها المهتمون بها مثل ، علماء الإجتماع ، والخدمة الإجتماعية ، والسياسة الإجتماعية . ثم ، نسعي لدراسة قضية سياسات الرعاية الإجتماعية في العالم الثالث ، وأخيراً . عرض وجهة نظر مختصرة حول العلاقة بين أزمة علم الإجتماع الراهنة والإهتمام بقضية سياسات الرعاية الإجتماعية .

(١) مفاهيم وقضايا أساسية :

يعتبر مفهوم السياسة الإجتماعية Social Policy من المفاهيم التي تتداخل مع غيرها من مفاهيم أخري ، والتي تتباين معالجتها حسب تناول الباحثين وإستخداماتهم لها في دراساتهم النظرية والتطبيقية . فنجد علي سبيل المثال ، أن هناك تداخلاً بين مفهوم السياسة الإجتماعية ومفاهيم أخري مثل ، الإدارة الإجتماعية Social Administration ، والخدمة الإجتماعية Social Services ، والرعاية الإجتماعية Social Welfare ، والتأمينات الإجتماعية Social Security ، وغير ذلك من مفاهيم متعددة .

وهذا ما يؤكد عليه بالفعل أحد مؤسسي علم السياسة الإجتماعية ورائدها الأول ريتشارد تيتموس R. Titmuss ، وعلي أهمية دراسة السياسة الإجتماعية في مضمونها العام ، وإستجابة المجتمع لها من الناحية الواقعية ، وتحديد كل من الأهداف والمشاكل والحاجات الإجتماعية التي تسعي لتحقيقها [١] . ولذا يجب علينا، عند دراسة قضية السياسة الإجتماعية أن نحدد بوضوح ، مبادئها وعناصرها وأهدافها الأساسية ، وماهي مجالات الحياة والتنظيمات الإجتماعية التي تمارس فيها ، أو ما يطلق عليه عموماً بعملية " الهندسة الإجتماعية" Social Engineering، وما تتطلبها تلك العملية من أساليب ومناهج مختلفة ، وإجراءات إدارية وتنظيمية أيضاً.

ومن هذا المنطلق ، فإن دراسة سياسات الرعاية الإجتماعية ، ترتبط بالضرورة بالعديد من القضايا الأخري التي تتداخل معها مثل ، القضايا السياسية ، والأخلاقية ، والدينية والإجتماعية ، والتي ترتبط بصورة مباشرة وغير مباشرة بطبيعة مشكلة السياسة الإجتماعية . ولهذا ، يجب علينا عند تحليل مفهوم السياسة الإجتماعية [٢] ، أن نتساءل ، مانقصده بالتحديد من ذلك المفهوم ؟ ولمن تكون تلك السياسة أو توجه إليه ؟ . ولذا نجد أن مفهوم أو مصطلح السياسة Policy ، يشير

إلي " المبادئ والعناصر الأساسية التي توجه مباشرة لتحقيق غايات وأهداف واضحة" (٣) . ولهذا نري ، أن هذا المصطلح يشير إلي كل من الوسائل ، والغايات ، علاوة علي ذلك ، أنه يتضمن عناصر أخري مثل التغير ، والمواقف ، والنظم ، والممارسات ، والسلوك أيضاً .

ويتضح من ذلك ، أن مفهوم السياسة الإجتماعية ، لايكون ذا معني ، إلا في إطار المجتمع، أو الجماعة ، أو التنظيم التي توجد فيه ، كما أن السياسة الإجتماعية ، توجه أساساً لإحداث تغيرات ملموسة في المجتمع ، وبالطبع ، يظهر ذلك بوضوح ، إذا ماحاولنا فهم الأسباب التي حالت دون تبني سياسات معينة عن الطقس ، علي سبيل المثال . فالمجتمع البشري مازال غير قادر علي تحقيق ذلك ، ولكن يمكن أن يكون لدينا سياسات لرعاية المسنين أو الأطفال أو الأيتام مثلاً . لأننا نملك القدرة والتأثير علي تلك الفئات ، وتغيير مظاهر حياتهم سواء أكان ذلك سلبا أم إيجاباً . ولكن هذا يعتمد بالضرورة ، علي مدي فهم وتوجيه السياسات الإجتماعية تجاه هذه الفئات الإجتماعية في المجتمع . ومن ثم ، نجد أن مفهوم السياسة الإجتماعية ، يستخدم أساساً ليشير بوضوح إلي حقيقة الأفعال الموجهة وحل مشكلات إجتماعية معينة .

ويضيف في هذا الصدد ، أحد الرواد الكلاسيكيين لعلم السياسة الإجتماعية ، وهو ت . مارشال T. H. Marshall في كتابه المعنون "بالسياسة الإجتماعية في القرن العشرين" (٤) ، مشيراً إلي أن مفهوم السياسة الإجتماعية من المفاهيم التي تستخدم إستخداماً واسعاً ، ولذا جعل هناك صعوبة حول وضع تعريف واحد لها ، لأن ذلك يرجع إلي محتوي السياسة الإجتماعية ، وطبيعة أهدافها وأساليبها ، ونوعية المجتمعات التي تطبق فيها ، وواقعها السياسي والأيديولوجي والإقتصادي . ومن ثم، يجب علي الباحث عند دراسة مفهوم السياسة الإجتماعية ، أن يسعي في نفس الوقت ، بالأخذ بالتعريفات الدولية الشائعة التداول حول مفهوم السياسة الإجتماعية،

والتي أصبحت من المفاهيم المتعارف عليها ، مثال ذلك ماحددته بالفعل منظمات الأمم المتحدة ، وخاصة منظمة العمل الدولية International Labour Organization للسياسة الإجتماعية ، والتي تشير للأمن الإجتماعي Social Security ، ووضع الأساليب اللازمة من أجل الحفاظ علي الدخل الفردي ، أثناء فترات المرض ، والبطالة ، والشيخوخة ، والخلافات الأسرية ، وتوفير الرعاية الصحية اللازمة .

ومن ثم ، نجد أن مفهوم السياسة الإجتماعية ، يرتبط بالعديد من السياسات العامة خاصة في الدول المتقدمة ، وتشمل سياسات الرعاية الصحية ، والتأمينات الإجتماعية ، وتوفير السكن الملائم ، وغيرها من السياسات التي تؤدي لتحقيق الرفاهية ، ككل . علاوة علي ذلك ، نجد أن " مارشال " يؤكد علي أهمية خدمات المجتمع المحلي Community Services ، كأحد العناصر الأساسية ، التي تكون السياسة الإجتماعية ، والتي تشير إلي تقديم الخدمات الضرورية ، وتسعي للحفاظ علي علاقات الجيران ، والطبيعة الإجتماعية المناسبة ، والتي تشبع إحتياجات سكان المجتمع المحلي بصفة عامة . ومن ناحية أخري ، فإن خدمات المجتمع المحلي ، باعتبارها جزءاً هاماً من عناصر السياسة الإجتماعية ، تتناول قضايا أخري ترتبط بواقع المجتمع ، مثل قضايا الصحة المحلية Community Health ، والتنمية المحلية Community Development وغيرها من القضايا المتعددة .

وهكذا ، نجد أن "مارشال" يركز علي أهمية تحديد مفهوم السياسة الإجتماعية، في ضوء الأهداف التي وضعت من أجلها مثل التأمينات الإجتماعية ، والصحة، والتعليم ، والرفاهية بصفة عامة . وتعتبر عملية تحقيق الرفاهية ، أكثر الأهداف أهمية ، لأنها الهدف الأساسي لكل غايات السياسات الإجتماعية . وعلاوة علي ذلك ، فإن العلاقة بين السياسات الإجتماعية وتحقيقها لأهداف محددة ، تتحدد في ضوء طبيعة الظروف الداخلية والخارجية للمجتمعات ، التي تسعي لتحقيق غايات

الرفاهية الإجتماعية أو سياسات للرعاية الإجتماعية بصورة أفضل .

وبالرغم من أهمية تحقيق " الرفاهية " Welfare ، بإعتبارها أهم الأهداف الأساسية لسياسات الرعاية الإجتماعية ، إلا أن هناك عدداً من العقبات العامة التي تظهر عند دراستها ، ومن أهمها بصورة موجزة [٥] : أولاً ، وهي عموماً مجموعة من العقبات التي قد تثار من أجل ضمان توزيع عادل لخدمات الرعاية الإجتماعية علي كافة المواطنين في المجتمع . ثانياً ، وهي ترجع لعدد من الصعوبات التي تتعلق بطبيعة فهم الدور المتبادل عند توزيع الخدمات والرعاية بين كل من القائمين علي عملية التوزيع أو المستفيدين بالفعل من هذه الخدمات ، ولكي تصل تلك (الخدمات) إلي الفئات الحقيقية ، التي تهدف السياسة الإجتماعية تحقيقها في الواقع . فهناك كثير من القضايا التي قد تظهر حقيقة علي ضوء تلك المشكلة ، فالسياسة الإجتماعية تقدم أنواع متعددة من الرعاية والخدمات ، وموجهة أساساً لخدمة فئات إجتماعية معينة ، ولكن عملية صنع القرار ، لتحديد تلك الخدمات أو توزيعها يتخذ من قبل مجموعة من الأفراد ، قد تكون بعيدة عن فهم الظروف الفعلية لتلك الفئات ، الأمر الذي يترتب عليه الكثير من الجوانب السلبية ، وعدم تحقيق سياسات الرعاية الإجتماعية ، بصورة أكثر فاعلية وكفاءة .

ومن هذا المنطلق ، فإننا نجد حسب ما أشارت إليه تحليلات "مارشال" السابقة ، بأن عملية تحقيق "الرفاهية" وإعتبارها إحدي الأهداف الأساسية لسياسات الرعاية الإجتماعية ، وكيفية تنفيذها بصورة أكثر فاعلية ، ترتبط بطبيعة العلاقة بين كل من الفئات المستفيدة من السياسة الإجتماعية والقائمين علي صنع وإتخاذ القرارات المرتبطة بها . وهذا بالفعل ما إهتمت به الدراسات الحديثة عند تناولها لهذه القضية ، والتي حاولت التركيز بصورة أكثر لتفسير تأثير العوامل المتداخلة ، ليس فقط في عمليات التخطيط والإعداد للرعاية الإجتماعية ، بل أيضاً معرفة العوامل الخارجية الأخري التي تسهم بصورة مباشرة ، في نوعية أهداف

وغايات السياسات الإجتماعية ذاتها ، ومن بين تلك العوامل مايسمي بجماعات الضغط Pressure Groups ، التي تؤثر علي تحديد الأهداف العامة للسياسات الإجتماعية . ومن ثم ، فإن تفسير عملية السياسات الإجتماعية وطبيعة أهدافها ، لايمكن أن يرتبط فقط في إطار فهم الثقة المتبادلة بين كل من فئات المستفيدين والمخططين لها ، بقدر مايكمن أيضاً في تحليل الأهداف العامة للسياسات الإجتماعية ، ومدي علاقتها بنوعية البناءات والنظم الإقتصادية والسياسية والأخلاقية والدينية التي توجد في المجتمع ذاته .

ففي السنوات الأخيرة ، ظهرت مجموعة من الدراسات في مجال السياسة الإجتماعية ، ركزت علي تحليل هذه القضية ومفاهيمها المختلفة ، ومدي إرتباطها بمفهوم أو قضية المواطنة Citizienship . فنجد علي سبيل المثال تحليلات "جوليا باركر [٦] J. Parker ، تشير إلي أن دراسة سياسات الرعاية الإجتماعية ، ترتبط بعديد من المناقشات والتساؤلات لقضايا أكثر أهمية وحيوية . فلا يمكن فهم السياسة الإجتماعية ، بدون دراسة مدي إرتباطها بقضية القيم Values والأيديولوجيات Ideologies ، التي توجد في أي نظام إجتماعي معين . وهذا يكشف بالطبع ، عن عدد من العوامل الأخري التي يجب وضعها في الحسبان ، عند تفسيرنا لعملية سياسات الرعاية الإجتماعية ، ومن أهم تلك العوامل ، مضمون التشريعات الإجتماعية ، ونظم الإدارة ونسق المعتقدات ، التي ترتبط بحقوق الفرد Individual Rights ، وطبيعة المسئوليات الجمعية Collective Responsabilities ، وغيرها من العوامل الأخري التي تتداخل في عملية تقديم الخدمات العامة وإعتبارها هدفاً عاما لكل أنماط سياسات الرعاية الإجتماعية . وعموماً ، نجد أن باركر ، سعت لوضع تعريف محدد للسياسة الإجتماعية بأنها "مجموعة من المبادئ العملية والنظرية التي تتحدد في ضوء مظهرين أساسيين هما طبيعة المجتمع وتوفير الخدمات الطبية ، وخدمات الرفاهية ومدي علاقتهما بالتنظيم الإجتماعي العام" . [٧]

ومن ثم ، فإن عملية توزيع تلك الخدمات لايمكن تفسيرها بعيداً عن حقوق المواطنة Citizenship Rights ، والتي تهدف إلي تحسين مستويات المعيشة ، والحالة الصحية والتعليمية ، أو تسعي كلية لخلق نوع من " الثقة المتبادلة " بين الفئات الإجتماعية وبين السلطات الحكومية وطبيعة السياسات والإجراءات التي توضعها الدولة في كافة مجالات نظم الحياة الإجتماعية . ومن ناحية أخري ، تكشف عملية مناقشة " حقوق المواطنة " عن العلاقة بين تلك الحقوق وعمليات توزيع الخدمات ووسائل الرعاية الإجتماعية المختلفة علي أسس ومبادئ مفهوم المواطنة ذاتها ، وإلي أي حد يمكن توفير مستويات ملائمة من الحياة الإجتماعية للأفراد أو الفئات الإجتماعية .

وهكذا ، فإننا نجد أن تحليل مفهوم السياسة الإجتماعية يرتبط بمفاهيم "المواطنة" ، وكيفية الإعتراف بشرعية الحقوق الأساسية ، التي يجب أن يتمتع بها المواطن في المجتمع ، والتي بموجبها يمكن تنظيم العلاقات الإجتماعية سواء بين الأفراد أو الفئات ، وبين المجتمع الذي يعيشون فيه . كما تعني " المواطنة " كمفهوم مجموعة من الأسس والمبادئ المحددة ، التي تقوم علي ضوئها الخدمات الإجتماعية ، وعملية توزيعها سواء بين الفئات أو المجتمعات المحلية . علاوة علي ذلك ، إنه ليس من السهل ، فهم كل من سياسات الرعاية الإجتماعية وإرتباطها " بحقوق المواطنة " إلا في إطار فهم أعم وأشمل ، لنوعية القيم والمعتقدات ونسق الأيديولوجيات العامة ، التي تشكل ليس فقط عملية توزيع الخدمات ، بل أيضاً عملية حقوق المواطنة والإعتراف بشرعيتها بصورة عامة .

وربما تعتبر محاولة " ريتشارد تيتموس " من المحاولات الهامة التي سعت لتصنيف التعريفات المختلفة لسياسات الرعاية الإجتماعية ، حيث تبرز أهمية تلك المحاولة في سعيها ، لطرح عدد من النماذج المختلفة المعالجة لمفهوم السياسة الإجتماعية وعلاقتها بالمفاهيم الأخري . وتظهر أهمية هذه النماذج في تحديدها لكل

من الحقائق الواقعية ، وطبيعة الإختيارات أو البدائل المختلفة ، التي تتعلق بتحديد كل من وظائف وأهداف السياسة الإجتماعية في نفس الوقت . وفيما يلي أهم تلك النماذج : (٨)

(١) النموذج الأول : نموذج الرعاية المؤقتة أو العلاجية :

The Residual Welfare Model.

- ويشير هذا النموذج بإيجاز ، إلي كيفية توفير إحتياجات الفرد بصورة ملائمة، عن طريق توفير مؤسسات الرعاية الإجتماعية بصورة مؤقتة ، وبغرض تقديم حلول علاجية سريعة لطبيعة الإحتياجات الأساسية ، التي تتطلبها الأفراد أو الفئات الإجتماعية المحتاجة . ولقد تناول هذا النموذج بعض علماء الخدمة الإجتماعية من أمثال ريكوك Reacock وغيره ، من الذين ركزوا علي أهمية الخدمات الإجتماعية، وتقديم الرعاية لهم بصورة مؤقتة . ولقد ظهر هذا الإتجاه وإطاره النظري أو التصوري في كتابات عدد من علماء الإجتماع البريطانيين من أمثال هربرت سبنسر H. Spencer ، والإنثربولوجيا مثل رادكليف براون R. Brown ، وعلماء الإقتصاد مثل فريدمان Friedman وهيك Hayek وغيرهم .

(٢) النموذج الثاني : نموذج تحقيق الإنجاز الصناعي :

The Industrial Achievement preformance Model.

- ويشير هذا النموذج إلي أهمية دور مؤسسات الرعاية الإجتماعية بإعتبارها من التنظيمات المساعدة للإقتصاد Adjuncts of The Economy والتي تهدف أساساً لتوفير الحاجات الإجتماعية الأساسية ، والتي يتطلب لها مجموعة من العوامل الهامة مثل : إنجاز العمل ، وزيادة الإنتاجية . ويجد هذا النموذج تأييداً كبيراً من قبل العديد من النظريات الإقتصادية والسيكولوجية Economic & Psychological Theories ، التي تقـــوم أساســاً علي أســس البـواعث أو

الدوافع Incentives ، والجهد والمكافأة ، وطبيعة الولاء ، الجماعات والفئات الإجتماعية .

(٣) النموذج الثالث : نموذج إعادة التوزيع المؤسساتي :

The Institutional Redistributive Model.

- ويعتمد هذا النموذج في تصوره ، علي أن الرعاية الإجتماعية تعتبر إحدي النظم التكاملية الهامة في المجتمع ، والتي تقوم علي تقديم الخدمات الأساسية للأفراد أو الفئات المحتاجة ، فهو يعتمد عموماً علي مبدأ توفير الحاجات الأساسية . ويجد هذا النموذج الكثير من نظريات التغير الإجتماعي Social Change ، والنظام الإقتصادي Economic System ، محوراً هاماً ومصدراً أساسياً لأفكاره ومبادئه العامة ، التي تعتمد علي مبدأ المساواة الإجتماعية Social Equality . وعموماً ، يرتكز هذا النموذج علي انساق التضامن أو التعاون Incorporating Systems ، لإعادة توزيع الخدمات العامة بصورة مستمرة أو مستديمة .

وعلي أية حال ، فإننا نري كيف تكشف هذه النماذج الثلاثة السابقة ، التي تعتبر في حد ذاتها محاولة تصنيفية هامة ، للعديد من الأفكار التصورية والنظريات الفلسفية ، والإقتصادية والسياسية والسوسيولوجية ، والتي تبرز رؤية علماء العديد من العلوم الإجتماعية المختلفة ، التي تناولت قضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، بصورة مباشرة أو غير مباشرة . كما أنها تحاول أن تعالج طبيعة التباين في الآراء والتصورات ، حول قضية السياسة الإجتماعية ، وخاصة إرتباطها بانساق القيم والمعتقدات والأيديولوجيات المتعارضة ، وتعبر بصورة واحدة عن أهمية الإتفاق حول أهداف وغايات سياسات الرعاية الإجتماعية ، وتقديمها للخدمات الأساسية أو الضرورية للفئات أو الجماعات غير القادرة علي مواجهة مشكلات الحياة في العصر الحديث .

وهكذا ، توضح المحاولات السابقة لتحديد مفهوم السياسة الإجتماعية ونماذج الرعاية المقترحة ، التي طرحها وعبرت عنها مجموعة من علماء الخدمة ، والإدارة ، والسياسة الإجتماعية من أمثال ، تيتموس ، ومارشال ، وباركر وغيرهم ، وتحليلاتهم عن مدي تداخل مفهوم السياسة الإجتماعية ، مع العديد من المفاهيم والقضايا الأخري . وبالرغم من أهمية تلك التحليلات ، وإعتمادها في الكثير من الأحيان ، علي تصورات وأفكار علماء الإجتماع ، والإقتصاد ، والسياسة ، والأنثربولوجيا ، إلا أنها لم تؤكد بصورة مباشرة عن إسهامات سوسيولوجية مميزة تجاه قضية السياسة الإجتماعية ، حيث كشفت بصورة غير مباشرة لإهتمامات بعض علماء الإجتماع ونظرياتهم – وهذا ما سوف نعالجه بمزيد من التحليل لاحقاً – إلا أننا نري في الوقت ذاته ، ظهور بعض التحليلات السوسيولوجية الأكثر حداثة عن تلك التحليلات السابقة ، والتي سعت للمساهمة في توضيح أهم الأفكار والتصورات السوسيولوجية المتعلقة بمفاهيم السياسة الإجتماعية . وربما تعتبر محاولة بيتر تونسند [٩] P.Townsend من أهم المحاولات الجادة ، التي عبرت بوضوح عن القصور الملموس في إسهامات علماء الإجتماع ، حول قضية السياسة الإجتماعية وتعريفهم لها . ولقد سعي " تونسند " أن يشير بإيجاز ، إلي أن السياسة الإجتماعية تهتم بالإدارة العامة لخدمات الرعاية ، وتطوير تلك الإدارة وتوجيه خدماتها ، التي تقوم بها الدولة أو السلطات المحلية ، ممثلة في خدمات الصحة ، والتعليم ، والتأمينات الإجتماعية ، ومعالجة مشكلات إجتماعية معينة ، وتحقيق الأهداف والغايات العامة لسياسات الرعاية .

ويؤكد " تونسند " أن تراث دراسة قضية السياسة الإجتماعية ، ما زال يعاني الكثير من القصور في تحديد مفهوماتها وقضاياها الأساسية ، كما أن المحاولات الحالية مازالت محدودة جداً ، في تحديدها لهذا المفهوم ، وبعيداً عن النظرة الوظيفية لعملية السياسة الإجتماعية ودورها في المجتمع . ويسهم في ذلك بالطبع ،

بعض العوامل التي ترتبط بعملية السياسة الإجتماعية ، منها إختلاف نوعية الأنشطة الحكومية ، التي تقوم بتقديم خدمات الرعاية الإجتماعية سواء بين المجتمعات المتقدمة أو النامية ، أو داخل المجتمعات ذاتها عبر فترات تاريخية محددة . ولهذا السبب ، يجب معالجة قضية السياسة الإجتماعية ، وتحديد مفاهيمها وقضاياها المختلفة في ضوء الظروف المتغيرة لهذه السياسات ، وفي إطار تحليلات نظريات التغير الإجتماعي وتفسيراتها المتعددة . علاوة علي ذلك ، أن السياسات الإجتماعية ، تتعرض بصورة مستمرة للتغيير والتعديل ، أو التدخل المباشر من قبل كل من الأجهزة الحكومية الرسمية ، أو القائمين علي تقديم تلك الخدمات ، ويكشف هذا التدخل بدوره عن تباين الوظائف والأهداف العامة للسياسات الإجتماعية ونتيجة للواقع الإجتماعي والسياسي المتغير في المجتمعات .

وعموماً ، فإننا نؤكد علي أهمية تحليل السياسة الإجتماعية في ضوء تباين الأهداف والغايات الإجتماعية المتغيرة بصورة مستمرة ، والتي تعكس طبيعة العوامل الداخلية المجتمعية التي تنفذ فيها هذه السياسات . كما يجب تفسير قضية السياسة الإجتماعية ، في ضوء تباين الأدوار والمراكز سواء للمؤسسات والنظم الإجتماعية ، أو القائمين علي تقديم تلك الخدمات ، ونوعية الانساق الثقافية والمعتقدات والقيم والأيديولوجيات ، التي توجد في المجتمعات ألتي تطبق فيها بالفعل سياسات الرعاية الإجتماعية . كما يجب أن نفهم السياسات الإجتماعية في ضوء التباين الملحوظ بين المجتمعات المتقدمة والنامية ، وإختلاف مستويات الرعاية والرفاهية ، وتقديم الخدمات الأساسية والضرورية في تلك المجتمعات . علاوة علي ذلك ، يجب أن يهتم علماء الإجتماع ، والإدارة ، والخدمة الإجتماعية ، بتحليل أبعاد السياسة الإجتماعية والعوامل المتداخلة فيها وطبيعتها المتغيرة ، ومناقشتها في ضوء قضايا التغير الإجتماعي ، والتخطيط للتنمية Planning for Development ، وعمليات التقييم Evaluation Processes ، وطرح السياسات البديلة Alternative Policies ،

التي تهدف لتحقيق الوسائل والإجراءات الملائمة ، لإنجاز أهداف السياسة الإجتماعية ، وخاصة تقديمها للحاجات الأساسية والضرورية للفئات والجماعات الإجتماعية التي تحتاج المساعدة بالفعل .

(٢) المنظورات السوسيولوجية في دراسة السياسة الإجتماعية :

تعتبر دراسة العلاقة بين قضية السياسة الإجتماعية وعلم الإجتماع من الموضوعات التي مازالت تطرح للمناقشة من قبل المهتمين بهذه القضية بعامة ، وعلم الإجتماع بخاصة . وربما أظهرت تحليلات "بيتر تونسند" السابقة كثيراً من الحقائق الواقعية ، التي تؤكد علي أن البدايات الأولي لدراسة السياسة الإجتماعية ، لم تكن موضع إهتمام علماء الإجتماع الأوائل ، نظراً لظروف متعددة ترجع بالضرورة ، لطبيعة نشأة علم الإجتماع ذاته وإهتماماته الأولي . ولكن نجد في السنوات الأخيرة ، ظهور ، نزعة سوسيولوجية قوية ، تؤكد علي ضرورة عدم الفصل بين قضية السياسة الإجتماعية والقضايا الأخري ، التي يهتم بمعالجتها علم الإجتماع ، وإعتبار تلك القضية (السياسة الإجتماعية) ، من أهم القضايا التي يهتم بها هذا العلم ، ويسعي للتركيز عليها علي البعدين النظري والتطبيقي .

وفي تصورنا الخاص ، لقضية السياسة الإجتماعية والإهتمام بها من الناحية التاريخية ، أن كثيراً من علماء الإجتماع الأوائل تعرضوا لها ، وذلك بصورة مباشرة وغير مباشرة ، بالرغم من أن معظم إهتماماتهم الأولي كانت تسعي لتثبيت علم الإجتماع ، كعلم إجتماعي يعالج قضايا أعم وأشمل من قضية السياسة الإجتماعية ، ألا وهي قضية المجتمع الحديث عامة ، أو بالأحري دراسة قضايا المجتمع الحديث والمعاصر ، والمحاولة لطرح الأطر التصورية أو التحليلية لدراستها ، وهذا ماسوف نهتم به في نهاية تحليلنا لهذه القضية فيما بعد .

ويؤكد علي تصورنا هذا ، بعض تصورات وآراء علماء السياسة الإجتماعية

البارزين من أمثال (ريتشارد تيتموس) [١٠] ، حيث يعرض بصورة تحليلية للنشأة التطورية والإهتمام بقضية السياسة الإجتماعية ، والتي لم تكن موضع إهتمام لفئة واحدة فقط من علماء العلوم الإجتماعية ، بقدر ماكان الإهتمام بها ، من جانب علماء الأنثربولوجيا الأوائل من أمثال رادكليف براون R. Brown ، وأديموند ليش E.Leach ، وعلماء الإقتصاد وعلي رأسهم كينث بولدنج K. Boulding ، وعلماء السياسة مثل لاسالي Lassalle ، والإجتماع وخاصة عند تالكوت بارسونز T.Parsons ، وعلماء الفلسفة كما عند ديفيد هيوم D. Hume وغيرهم . علاوة علي ذلك ، علماء السياسة الإجتماعية مثل ماكباث Macbeath ، وجينزبرج Ginsberg ، وهيجنباخ Hagenbuch ، ولافتي Lafitte ، ومارشال Marshall وآخرون.

وهكذا ، نجد أن النشأة الأولي لقضية السياسة الإجتماعية ، لم تكن قاصرة علي إهتمام فئة واحدة من علماء العلوم الإجتماعية ، حسب ماتؤكد عليه بالفعل تحليلات علماء السياسة الإجتماعية أنفسهم ، بقدر ما كانت موضع إهتمام الكثير من المتخصصين في العلوم الإجتماعية بدون إستثناء ، فلقد شارك في تناول قضية السياسة الإجتماعية علماء الإقتصاد ، والسياسة ، والفلسفة ، والأنثربولوجيا ، والإجتماع وغيرهم . وهذا في حد ذاته ، يبرهن علي أهمية تبني المدخل التكاملي عند تناول القضايا الإجتماعية ، وتوسيع الإهتمامات المشتركة بين العلوم الإجتماعية والمتخصصين فيها . وهذا في الواقع ، ما أكدت عليه العديد من الدراسات الحديثة والمتخصصة والمهتمة بقضايا الإنسان الحديث ومشكلاته في العصر الحاضر .

ومن هذا المنطلق ، جاءت التصورات السوسيولوجية الحديثة ، لتؤكد علي أن عملية الفصل بين دراسة السياسة الإجتماعية وعلم الإجتماع تعتبر عملية خاطئة تماماً . وربما يتصور البعض ، أن عملية الفصل قد ترجع في أساسها ، لاعتبار أن مفهوم السياسة الإجتماعية أقرب لعلوم أخري من علم الإجتماع ذاته ، ولاسيما علم السياسة علي سبيل المثال . [١١] أو كما يؤكد البعض ، علي أن تحليلات مفهوم

السياسة الإجتماعية أقرب لإدارة الرفاهية الإجتماعية ، والتي تعتبر حسب وجهة نظرنا ، جزءاً من موضوعات علم الإجتماع الهامة في السنوات الأخيرة . إن ذلك الإعتقاد الخاطئ يرجع تفسيره إلي تصور عدد من المهتمين بتلك القضية ، وإعتبار علم الإجتماع علماً متحرر القيمة Value Free ، أو أن علماء الإجتماع ركزوا في تحليلاتهم علي نظريات متفائلة جداً ، خاصة تلك النظريات التي تهتم بمعالجة التغير الإجتماعي Social Change . فلقد ركزت بعض تلك النظريات ، علي تحليل مظاهر التقدم والإنجاز في المجتمع الحديث وقضاياه المختلفة ، في ضوء تصورات التوازن والإنسجام التام بين النظم الإجتماعية ، أكثر من إهتماماتهم بصورة واقعية للمشكلات الإجتماعية ، وهذا في حد ذاته ماحدث علي سبيل المثال في تحليلات أنصار المدرسة الوظيفية Functionlists .

وفي إطار ذلك ، يؤكد بعض علماء الإجتماع عند دراسة قضايا السياسة الإجتماعية ، ضرورة أن نهتم بتحليل الوسائل والإجراءات اللازمة ، التي عن طريقها يتم تقديم الحلول العلاجية والوقائية ، للعديد من المشكلات الإجتماعية ، والعمل علي إدارة التغيرات الجديدة ، التي تحدث في البناء الإجتماعي ككل . ومن ثم ، فإن السياسة الإجتماعية تعتبر موضوعاً أو جزءاً هاماً وأساسياً من موضوعات علم الإجتماع وقضاياه المعاصرة ، التي يهتم بمعالجتها خاصة عند دراسته لقضايا البناء الإجتماعي وربطها بموضوعات التغير والتنمية الإجتماعية .

وعلي أية حال ، أن هناك الكثير من التحليلات التي تبرهن علي إهتمام علماء الإجتماع في دراساتهم لقضية السياسة الإجتماعية لاعتبارات متعددة ، والتي تشير في صورتها العامة حول تركيز علماء الإجتماع في دراستهم لقضايا المجتمع ، ومحاولتهم لطرح نظريات تعالج النظام الإجتماعي أو العلاقة المتبادلة بين البناءات والانساق الإجتماعية . وهذا ماحدث بالفعل في تحليلات الرعيل الأول من علماء الإجتماع من أمثال أوجست كونت ، وأميل دوركايم ، وهربرت سبنسر ، وكارل ماركس ، وماكس فيبر وغيرهم [١٢] . وبالرغم من ذلك ، فإن المتعمق في دراسة

إهتمامات هؤلاء العلماء ، يجد أن الكثير منهم إهتم بقضايا السياسة الإجتماعية بصورة مباشرة ، وكانت شغله الشاغل لسنوات طويلة ، وهذا ماحدث بالفعل علي سبيل المثال (لماكس فيبر) وتأسيسه لمنظمة " السياسة الإجتماعية " (١٣) ، التي إهتمت بمعالجة قضايا ومشكلات إجتماعية في المجتمع الألماني بخاصة والغربي بعامة وذلك منذ أواخر القرن الماضي .

وعموماً ، سوف نتعرض حالياً وبصورة موجزة ، لأهم ملامح التراث السوسيولوجي وعلاقته بدراسة قضية السياسة الإجتماعية ، وخاصة أهم التطورات الحديثة التي ظهرت في السنوات الأخيرة ، وكشفت عن المزيد من الإهتمامات السوسيولوجية النظرية والميدانية ، والتي تبرهن في مجملها ، إلي أي حد يمكن اعتبار قضية السياسة الإجتماعية من القضايا والموضوعات الأساسية لعلم الإجتماع ، وفروعه المتخصصة في الوقت الحاضر .

وينبغي علينا قبل تحليل أهم تلك المنظورات السوسيولوجية ، الإشارة إلي حقيقة هامة بشأن عملية تصنيف هذه المنظورات . ففي الواقع ، توجد عدة تصنيفات سوسيولوجية حول قضية السياسة الإجتماعية ، وكل تصنيف منها يعطي مبرراته العامة التي يرتكز عليها عند تناول هذه القضية . ونظراً لتداخل بعض تلك التصنيفات نحاول أن نركزها في نوعين أساسيين هما (١٤) : **التصنيفات الأولي**: والتي تسعي لتحليل قضية سياسات الرعاية الإجتماعية من منظور واسع ، مشيرة في ذلك لتصورات علماء الإجتماع والمفكرين الإجتماعيين الأوائل ، ورواد السياسة الإجتماعية والتي تعتمد علي أسلوب التحليل التاريخي والتطوري لدراسة السياسة الإجتماعية وأساليب الرعاية . أما **التصنيفات الثانية** ، فهي لاتبعد كثيراً عن الأولي ، ولكن ترتكز علي أسس أيديولوجية ، عند تحليل قضية السياسة الإجتماعية ، مشيرة إلي ثلاث منظورات تصنيفية تقليدية في علم الإجتماع عامة ، ألا وهي المنظور الوظيفي ، والمنظور الإشتراكي ، وأخيراً المنظور الليبرالي .

علاوة علي تلك الحقيقة السابقة ، فإننا نري أن هناك تداخلاً واضحاً بين تلك التصنيفات من ناحية ، كما توجد تداخلات في التصنيف الواحد ذاته من الناحية الأخري . ولكن بالطبع ، أن أهمية التصنيفات وفوائدها متعددة فهي ، أولاً ، تساعد علي الدراسة والتحليل وتسهل مهمة الباحثين والمهتمين بقضية السياسة الإجتماعية ، وثانياً ، فإنها تسهم في إثراء البعد النظري والأمبريقي لقضية مازالت موضع نقاش بين علماء الإجتماع والمهتمين بها عموماً .

وعلي أية حال ، سوف نشير إلي التصنيفات الأولي ، نظراً لأهميتها وتركيزها علي قضية سياسات الرعاية الإجتماعية وعرض تراثها الفكري والتاريخي والسوسيولوجي ، واعتبارها إحدي قضايا علم الإجتماع المعاصرة ، بالإضافة إلي تضمنها عناصر التصنيفات الثابتة . وعموماً ، يركز هذا التصنيف علي تحليل التراث السوسيولوجي لدراسة قضية السياسة الإجتماعية في إطار خمسة منظورات أساسية وهي [١٥] :

١ – منظور الرعاية (الإصلاح الإجتماعي) أو الهندسة الإجتماعية

- Welfare of Social Reform or Social Engineering.

٢ – منظور الرعاية الإجتماعية (المواطنة)

- Welfare of Citizenship Perspective.

٣ – منظور التحول نحو التصنيع والرعاية الإجتماعية

- Industrialization and Social Welfare Perspective.

٤ – المنظور الإشتراكي . - The Socialist Perspective

٥ – المنظور الوظيفي - The Functionlist Perspective

ونظراً لأهمية تلك المنظورات سوف نشير إلي أهم عناصر كل منها وعلاقاتها بتحليل قضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، وإلي أي حد ساهمت في الإثراء النظري والأمبريقي لهذه القضية بصفة عامة وذلك حسب وجهات نظر أصحاب هذه المنظورات المختلفة .

أولاً : منظـــور الرعايـــة (الإصلاح الإجتماعي) أو الهندسة الإجتماعية:

يركز هذا المنظور علي أهمية البحث الإجتماعي التقليدي وتوجيهه نحو سياسات الإصلاح التي ترجع جذورها إلي نهاية القرن الماضي ، ويمثل هذا الإتجاه حالياً ، تحليلات كل من تيتموس Titmuss ، وتونسند Townsend ، ودننسون Donnison ، وباث Booth ، وويب Weebb وغيرهم في بريطانيا . كما يسعي أصحاب هذا الإتجاه نحو الإهتمام بتوجيه سياسات الإصلاح الإجتماعي وخاصة تنمية المجتمعات المحلية وكافة القطاعات الإجتماعية المختلفة . علاوة علي ذلك ، التركيز علي أهمية إجراء دراسات مكثفة حول مشكلات إجتماعية معينة ، ووضع حلول لها في إطار سياسات الإصلاح الإجتماعي ، وهذا بالفعل ماحدث في الولايات المتحدة وغيرها من الدول الأوروبية ، وذلك منذ منتصف القرن الحالي ، وتكثيف الدراسات الإجتماعية التي تقوم بها الأوساط الأكاديمية والتي تصنف تحت دراسات الإدارة الإجتماعية .

وفي الواقع ، أن جذور هذا المنظور ترجع في الأساس إلي الأعمال التقليدية لأصحاب مدخل الإصلاح الإجتماعي والتي تمثلت في أعمال رايت ميلز W. Mills ، وكارل بوبر K. Popper وإستخداماتهما لمصطلح السياسة الإجتماعية والهندسة الإجتماعية ، ولقد طور هذا المدخل في الولايات المتحدة تحت مايطلق عليه بالمنظور الليبرالي Liberal perspective . وترجع أهمية هذا المنظور ، في تركيزه علي دراسة الحقائق الواقعية أكثر من إهتمامه بالدراسات السوسيولوجية وتفسيرها

فقط، كما يسعي لتكثيف أعمال كل من " الإدارة الإجتماعية " Social Administration ، والخدمة الإجتماعية Social Services وتوجيه أنشطتهما نحو الأعمال الإجتماعية الواقعية ، وجعل أهدافها تتركز عامة لحل مشكلات إجتماعية معينة ، وهذا بالفعل ما ظهر واضحاً في كل من أعمال جوليان باركز J. Parker ، ودنسون Donnison وغيرهما .

وبإيجاز ، يسعي أصحاب هذا المنظور علي التركيز نحو توجيه سياسات الإصلاح الإجتماعي وأهدافه القومية ، وضرورة تدخل السياسات الحكومية لحل المشكلات الواقعية ، ووضع نظام إجتماعي سليم يكون موجهاً لحل هذه المشكلات ، والإهتمام عموماً بما يعرف بالنزعة الواقعية Empiricism ، والتوجيه الميدانية Field orientation . وهذا ماحدث في الواقع في سياسات الإصلاح الإجتماعي في الدول المتقدمة منذ أواخر القرن الماضي وحتي منتصف القرن الحالي .

إلا إننا نلاحظ علي هذا المنظور ، أنه يعكس كثيراً لطبيعة السياسات الحكومية التي وجهت لتحقيق سياسات إصلاحية مكثفة والنهوض بها ، حتي أن وصلت تلك المجتمعات إلي مرحلة الرفاهية الإجتماعية وهذا ماحدث عموماً في الدول الأوروبية الغربية والولايات المتحدة . كما نجد أن هذا المدخل ، يعتبر من المداخل الواقعية التي يسعي لتحقيق الرفاهية وإداراتها ، ولهذا يطلق عليه كثيراً بمدخل "الإدارة الإجتماعية" والذي طور فيما بعد ، وركز علي أهمية " التغير الإجتماعي الموجه" ، مع الأخذ في الإعتبار بجميع القيم الإنسانية ، والتي أصبحت بعد ذلك إحدي العلوم الأكاديمية ، والذي يهتم به كل من القائمين علي سياسات الإصلاح الإجتماعي والإدارة الإجتماعية ، وأخيراً أصبح يركز عموماً علي تحقيق أهداف الرفاهية الإجتماعية .

ثانياً : منظور الرعاية الإجتماعية (المواطنة) :

Welfare Perspective (Citizienship)

ويركز هذا المنظور علي تحليل السياسات الإجتماعية باعتبارها إحدي الإستراتيجيات الهامة ، وكنوع من الحقوق الإجتماعية Social Rights ، التي يجب توفيرها للمواطنين . وتتضمن تلك الحقوق توفير كافة الخدمات الأساسية ، ومنها حق الرعاية الإجتماعية ، التي يجب تدبيرها بصورة عامة باعتبارها شئ أساسي وجوهري أو من أهم حقوق المواطنة Citizienship rights .

وظهر هذا الإتجاه في تحليلات السياسة الإجتماعية بفضل إهتمامات "مارشال" Marchall وأعماله المختلفة ، وباعتباره أحد علماء الإجتماع الذين ركزوا إهتماماتهم حول تحليل قضايا السياسة الإجتماعية بصفة خاصة . فلقد اهتم "مارشال" بتحليل مفهوم "حقوق المواطنة" ، ويعتبر أحد المؤرخين الإجتماعيين لهذا التصور أو الفكرة ، حيث ربط في تحليلاته السوسيولوجية للسياسة الإجتماعية وتقديمها للخدمات الأساسية للمواطنين ، وتحقيق الحياة الكريمة لهم ، وبين غيرها من الحقوق الطبيعية الأخري ، أو التي تعتبر حقوق عادية للمواطنين مثل الحقوق الديمقراطية والسياسية . ومن ثم ، فيرجع أصحاب هذا المنظور إلي تفسير حقوق المواطنة ليس فقط في إطارها السوسيولوجي ، ولكن في إطارها العام ، والذي يشمل الجوانب السياسية والمدنية الأخري مثل المساواة الإجتماعية Social Inequality ، وحقوق العمل Work Rights .

وفي الواقع ، أن إهتمامات منظور " المواطنة " وجد في المجتمعات الغربية الصناعية مجالاً خصباً ، للتعبير عن آرائه وأفكاره ، والسعي لتحقيق السياسة الإجتماعية باعتبارها حقاً إجتماعياً أساسياً يجب توفيره بواسطة السياسات الحكومية والقائمين علي عمليات صنع القرارات . كما اهتم أصحاب هذا الإتجاه أو

المنظور ، بدراسة الواقع الإجتماعي التاريخي المتغير ، وإنتقال المجتمعات من مرحلة مجتمعات ماقبل الصناعة Pre - Industrial Societies ، إلي مجتمعات مابعد الصناعة Post - Industrial Society . وإن كانت الإهتمامات الأولي ، لأصحاب هذا المنظور ، تتركز حول توفير الخدمات الأساسية لطبقات إجتماعية معينة في بادئ الأمر مثل الطبقات العاملة ، أو الطبقات الوسطي ، إلي أن تحول بعد ذلك ، إلي ضرورة توجيه السياسات الإجتماعية لجميع الفئات الإجتماعية باعتبارها من حقوق المواطنة ، وهذا بالفعل ماحدث لحقيقة أهداف سياسات الرعاية أو الخدمة الإجتماعية ، حيث لم تعد توجيهها قاصراً علي فئة إجتماعية معينة ، بقدر ماشملت أهدافها جميع الفئات الإجتماعية في المجتمع ككل .

وفي هذا الصدد ، يؤكد "مارشال" علي سبيل المثال علي أهمية "فكرة المواطنة" وعلاقتها بفكرة التضامن الإجتماعي Social Solidarity ، وإنتقال الفكرة الأخيرة في إطار أهدافها العامة في المجتمعات التقليدية وما قبل الصناعية إلي المجتمعات الحديثة الصناعية . حيث أصبحت فكرة المواطنة ، تشير إلي حقوق أعضاء المجتمع المحلي باعتبارهم أعضاء في المجتمع العام ، ويجب تمتعهم بحقوق الرعاية الإجتماعية المختلفة ، والتي تهدف أساساً إلي زيادة روابط الولاء الإجتماعي Social Loyalty ، والتي يجب أن تتوفر لها أيضاً الشرعية القانونية Legal Ligitimacy . ومن ثم ، أصبحت "فكرة المواطنة" إحدي الأفكار التي تجعل الأعضاء أو الأفراد في المجتمع يحصلون علي الحقوق الإجتماعية مثل المساواة والمكانة الإجتماعية باعتبارهم أعضاء في المجتمع المحلي ، ويشمل ذلك أيضاً الحقوق المدنية ، والسياسية ، والإجتماعية التي بموجبها يتحقق جميع عناصر العضوية الكاملة للفرد في المجتمع . وبصورة عامة ، تشمل تلك الحقوق توفير الرعاية الصحية ، والتعليم ، والصحة ، والعمل ، وتوفير المسكن الملائم . وهكذا ، نجد أن " فكرة المواطنة " تشير إلي توفير كافة الحقوق الإجتماعية ، والمساهمة في زيادة

عناصر الولاء والإنتماء والتضامن الإجتماعي ، والتي تجعل من الأفراد أعضاء فاعلين ومشاركين في تنمية المجتمع المحلي .

حقيقة أن أعمال أصحاب هذا المنظور (المواطنة) والتي تمثلت في الكتابات المتعددة (١٦) ومنها تحليلات "مارشال" وجدت في إهتمامات عديدة من قبل علماء الإجتماع ، الذين اهتموا بكل من مفهوم (المواطنة) و"الحقوق الإجتماعية" وعلاقتهما بفكرة "التضامن الإجتماعي" في المجتمع الصناعي الحديث . ولقد ظهر ذلك واضحاً في تحليلات أحد علماء الإجتماع مثل وودربرين Wedderbrun (١٧) ، كما وجدت تلك الأفكار أصداء هامة في تحليلات علماء الإجتماع البارزين من أمثال تالكوت بارسونز T. Parsons ، وبندكس Bendix ، ولانسكي Lenski (١٨) . ومن ناحية أخري ، فلقد أظهرت تحليلات "مارشال" عن حقوق المواطنة أصداء مماثلة لها عند تحليلات رواد علم الإجتماع الأخرين من أمثال ماركس Marks ، وسبنسر Spencer ، ودوركايم Durkheim وغيرهم . حيث تتبلور "فكرة المواطنة" باعتبارها نقطة إتصال بين تحليلات "سبنسر" حول الأسس التعاقدية للتضامن The Contractual Basic of Soclidarity ، وتحليلات "دوركايم" حول الروابط الجمعية Collective Bonds ، حيث تعتبر إحدي العناصر الهامة التي تؤدي إلي مايعرف بالتماسك الإجتماعي Social Cohesion في المجتمعات الحديثة – علاوة علي أنها ، تؤكد علي النزعة التعاونية الدوركيمية ، التي تشير إليها بصورة مباشرة فكرة "حقوق المواطنة" وخاصة تناولها لقضية العدالة الإجتماعية Social Justice .

وعموماً ، أكد هذا المنظور علي "فكرة المواطنة" وأهميتها كنوع من الحقوق الإجتماعية الأخري ، والتي يجب أن تتوفر لها الأساليب القانونية التي تكفل لها الحقوق الشرعية ، وبموجبها يتم تقديم الحاجات الأساسية وأساليب الرعاية الإجتماعية الملائمة ، وذلك بإعتبار أن المواطنين كأعضاء في المجتمع المحلي . ومن

ثم ، سوف يسهم ذلك في بناء نظم إجتماعية علي أسس عقلانية وذات طابع علمي ، تهدف لتحقيق المساواة الإجتماعية وخلق روح الولاء والإنتماء ، وغير ذلك من عناصر التضامن الإجتماعي المختلفة . ومن هذا المنطلق ، نجد هذا المنظور يؤكد علي أهمية تكوين النظم والسياسات الإجتماعية الدائمة ، بعيداً عن النظم والأساليب الإجرائية أو الإصلاحية المؤقتة ، والتي تقتصر تقديمها أيضاً علي فئات إجتماعية معينة ، بقدر مايهدف أيضاً إلي تلبية إحتياجات كافة الفئات الإجتماعية ، والعمل علي جعلهم أعضاء فاعلين في تنمية المجتمع المحلي ، الذين يعيشون فيه ، وهذا ماتهدف إليه عموماً فكرة الإحساس بالمواطنة .

ثالثاً : منظور التحول نحو التصنيع وسياسات الرعاية :

تعتبر نقطة الإنطلاق الأساسية لهذا المنظور ، في تأكيداته علي أن عملية السياسة الإجتماعية وتحقيق الرفاهية في المجتمع الحديث ، لاتكمن في أفكار مثل "المواطنة" وعلاقاتها بالدور السياسي والإجتماعي في المجتمع الحديث وتحقيق كل من التنمية والرفاهية ، بقدر مايرجع إلي أهمية عملية التحول نحو التصنيع وتأثيرها في تشكيل نظم ومؤسسات الرفاهية ذاتها .

ومن ثم ، ينطلق أصحاب هذا المنظور من النظرية السوسيولوجية التي تعرف "بالنظرية المركزية" Convergence Theory ، أو نظرية الحتمية التكنولوجية Technological Determinism Theory ، التي تؤكد علي أن عملية تحديث السياسات الإجتماعية وأساليب الرعاية لايمكن أن تتم عن طريق تطبيق سياسات إصلاحية علاجية مؤقتة ، توجه نحو فئات إجتماعية معينة كما يحدث ذلك في بعض الدول الأوروبية . فالسياسات الإجتماعية لايمكن أن تقوم علي أسس أيديولوجية معينة ، بقدر ماتنهض علي عناصر التقدم التكنولوجي والتحول نحو التصنيع ، الذي يسهم في تغيير مباشر في البناءات والنظم والمؤسسات الإجتماعية ، وجميع مظاهر الحياة العامة ، التي توجد في المجتمعات سواء أكانت رأسمالية أم إشتراكية .

وعلي هذا الأساس ، نجد أن أصحاب هذا المنظور الذين يعتمدون علي نظرية الحتمية التكنولوجية لايبنون وجهة نظرهم علي أسس وظيفية من الدرجة الأولي ، ولكنهم يهتمون أيضاً بصورة خاصة بأهمية التكامل بين النظم الإجتماعية المختلفة ، وتطوير مؤسسات وأساليب الرعاية الإجتماعية . ومن ناحية أخري ، يؤكد هذا المنظور علي إعتبار عمليات التنمية الإقتصادية والصناعية من الأهداف الأساسية ، التي يجب أن تهتم بها المجتمعات الحديثة ، وتعتبر من المتطلبات الجوهرية ، التي تهدف لتحديث البناء الإجتماعي بصورة تكاملية وظيفية . ومن ثم ، فنظرية الحتمية التكنولوجية والإقتصادية تؤكد في مجملها ، علي أهمية تنمية النظم الإجتماعية ومؤسساتها المختلفة بما فيها مؤسسات الرعاية الإجتماعية ، واعتبار ذلك أهم المتطلبات أو الضروريات الوظيفية Requirments of Functional Necessities ، التي تؤدي بدورها لتحقيق نتائج وأهداف التنمية التكنولوجية والصناعية . ومن هذا المنطلق ، نجد أن تلك النظرية لاتركز علي أن التغير الإجتماعي لايكمن فقط في طبيعة الأيدلوجية ، أو الثقافية ، بقدر مايرجع إلي أهمية التكنولوجيا والتقدم الصناعي .

ولكن السؤال الذي يطرح ذاته حالياً ، كيف يؤثر التصنيع علي الرفاهية الإجتماعية ؟ للإجابة علي هذا السؤال ، يتصور أصحاب هذا المنظور ، أن عملية التصنيع تعمل علي إحداث تغييرات إجتماعية ملموسة وسريعة في المجتمع وبناءاته ونظمه المختلفة . فعلي سبيل المثال ، فسياسة التصنيع تعمل علي تغيير القوي العاملة التقليدية ، إلي قوي عاملة متخصصة ومحترفة ، ولديها أجور مناسبة ودخول ثابتة ، ومن ثم ، فالتصنيع يؤدي إلي وجود العمالة الملائمة التي تدعم القوي الإقتصادية المختلفة . علاوة علي ذلك ، فإنها تعمل علي تقليل معدلات البطالة ، والمرض ، والعجز المبكر ، كما تخلق مورداً هاماً ، من خلال التأمينات الصناعية والإجتماعية إلي الفئات العاملة بصورة عامة . وينطبق ذلك أيضاً ، علي سياسات

التعليم ، فالتعليم يرتبط بالتنمية الإقتصادية والإجتماعية من مظاهر متعددة ، حيث يسهم في عمليات التحضر ، وزيادة العمران والإسكان ، والإهتمام بالمجتمع المحلي وحماية البيئة ، وزيادة الوعي الصحي. كما أنه يسهم في عمليات الحراك المهني والجغرافي ، وتغيير نمط المؤسسات والتنظيمات التقليدية إلي تنظيمات حديثة متطورة ، وخلق فئات عالية من التخصص المهني .

وهكذا ، فإن هذا المنظور ، يسعي لتفسير سياسات الرعاية الإجتماعية المختلفة ، التي حدثت بالفعل في المراحل الأولي من مراحل التحول نحو التصنيع ، ومدي إرتباطها بالفئات الإجتماعية ونوعية أيديولوجيتها ، والتي كرست من أجلها في الواقع . أما في المراحل المتأخرة من المراحلة الصناعية ، فتظهر تحديد مميز لنوعية السياسات الإجتماعية وأهدافها الأساسية نحو تحقيق الوظيفة البنائية ، ورعاية كافة الفئات الإجتماعية المختلفة في المجتمعات الصناعية الحديثة . ولكن يتم ذلك ، بفضل التقدم التكنولوجي وإستمراريته بمرور الوقت ، وإن كان أصحاب هذا المنظور ، يعترفون حقيقة أن هناك تبايناً ملحوظاً بين المجتمعات الصناعية ذاتها ، وخاصة عند تحليل عمليات ونظم الرعاية الإجتماعية فيما بينها ، ويرجع هذا التباين نتيجة إمتلاك التكنولوجيا والإنجازات الصناعية والإقتصادية ، لدي بعض تلك المجتمعات دون الأخري . ومن ثم ، فالسياسات الإجتماعية لم تعد سياسات إصلاحية علاجية ، تركز علي تخفيف أعباء الحياة ، من علي كاهل بعض الفئات الإجتماعية ، بقدر ما أصبحت تهدف لرفاهية كافة الفئات الإجتماعية ، وتركز لإنجاز حياة التضامن الجمعي ، وذلك عن طريق السعي لإنشاء أنماط متميزة من النظم والمؤسسات الإجتماعية .

وفي الواقع ، أن نظرية المجتمع الصناعي التي استند إليها أصحاب هذا المنظور ، ظهرت بصفة خاصة مع منتصف هذا القرن ، ولاقت قبولاً واسعاً من جانب المهتمين بسياسات الرعاية الإجتماعية ، وخاصة بعد أن أحرزت بعض الدول الغربية

إنجازات ملموسة في مجال الرعاية الإجتماعية وتشريعاتها المختلفة . كما جاء ذلك مواكباً لإنتشار عمليات التصنيع بمعدلات أكبر ، وخلق فرص متزايدة للعمالة ، مما يعكس عموماً بدء فترة جديدة لنهاية الأيديولوجيات المتصارعة . وبصورة عامة ، ظهرت عمليات اللجوء لسياسات التصنيع ، كإحدي الرغبات القوية بين المجتمعات الحديثة وتوجيهها لتحقيق التنمية التكنولوجية والصناعية ، الأمر الذي نتج عنه ، بعد ذلك العديد من التصدعات الأيديولوجية ، التي ظهرت في العالم خلال عقدي الستينات والسبعينات ، وحدوث تباين ملحوظ من الأيديولوجيات الواحدة كما حدث بالفعل بين الصين والإتحاد السوفيتي (سابقاً) ، وظهور فترات من الركود الإقتصادي العالمي ، ومن ثم ، فلقد فقدت نظرية الحتمية التكنولوجية ، أهم عناصرها الأساسية ، حيث لايمكن فهم التنمية التكنولوجية والصناعية ، بمعزل عن العديد من العوامل الأخري ، مثل أنماط الإنتاج ، وطبيعة الطبقات الرأسمالية في المجتمعات الحديثة . ولقد أيد ذلك كتابات العديد من علماء الإجتماع الرديكاليين من أمثال تحليلات إيلخ Illich ، وسبقه في ذلك المضمار تحليلات هربرت ماركيوز (١٩) H. Marcuse وغيرهما ، اللذين أكدا أن عملية التصنيع ، تعتبر بمثابة نظام متميز ، وأسلوب للحماية ، أكثر من كونها إحدي عناصر عملية التحديث فقط . علاوة علي ذلك، أن عصر الأيديولوجية لم ينته بعد ، فلقد امتد الصراع الأيديولوجي بعد ذلك ، وامتزج بالعديد من العوامل الأخري ، وتبلور عموماً في صراعات حديثة من نوع مميز ، مثل الصراع بين الشمال والجنوب وغيره .

ومن هذا المنطلق ، نجد أن نظرية الحتمية التكنولوجية وجدت أصداء لها خاصة في بداية عقد الخمسينات ، ولكن تعرضت بعد ذلك للعديد من الإنتقادات في الستينات والسبعينات ، حيث لم تعد المجتمعات الحديثة ، بمجتمعات صناعية فقط ، فلقد ظهر بعد ذلك بما يعرف بمجتمعات مابعد الصناعية Post Industrial Societies . وهذا ماظهر واضحاً خلال عقد الثمانينات ، وظهور العديد من المخاوف

الأخري، نتيجة للعوامل الخارجية والآثار غير الملموسة للنمو الإقتصادي ، التي أثرت بصورة مباشرة علي مستقبل المجتمع الصناعي ذاته . وعموماً ، هذا ماجعل تلك النظرية وأصحاب هذا المنظور ، يتعرضون لعدد من الإنتقادات عند تحليل تأثير التصنيع علي سياسات الرعاية الإجتماعية حسب متغيرات السوق الإقتصادية الحرة، والبعد كثيراً عن تحليل عوامل وأسس التخطيط للسياسات الرعاية الإجتماعية، وظهور الكثير من المشكلات الإجتماعية والإنحرافات السلبية ، نتيجة لتزايد تأثير أصحاب النزعات الفردية ، وعدم تدخل الدولة بصورة قاطعة . مما أثر ذلك في مجمله علي، الكثير من الرؤي والتصورات لأصحاب نظرية الحتمية التكنولوجية ، وحدوث العديد من مظاهر التصدع في البناء الإجتماعي للمجتمعات الحديثة ، وأيضاً نظمها ومؤسساتها المختلفة بما فيها نظم ومؤسسات الرعاية الإجتماعية .

رابعاً : المنظور الإشتراكي The Socialist Perspective

في إطار تحليلنا لأهم المنظورات السوسيولوجية التي عالجت قضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، فإنه لا أحد ينكر جزءاً كبيراً من التراث الإجتماعي الذي شغل الفكر العالمي لمدة تقارب ثلاثة أرباع قرن تقريباً . ونتيجة لإنهيار مايسمي بالإتحاد السوفيتي سابقاً ، ودحض أيديولوجياته الأساسية وركائزه الإشتراكية ، – ففي حقيقة الأمر – سوف تثير بعض الأوساط العلمية والأكاديمية التي ناصرت ذلك الإتحاد لسنوات طويلة من أنماط تفكيرها حياله ، وربما تترقب أيضاً عن توقعات أيديولوجية جديدة ونحن علي مطلع من القرن الحادي والعشرون . وعموماً ، فإننا نجد أنفسنا من الناحية الموضوعية ، مطالبين أن نشير بإيجاز ، إلي حقيقة إسهامات المنظور الإشتراكي وفلسفته تجاه سياسات الرعاية الإجتماعية ، التي حدثت بالفعل في الكثير من بلدان العالم الحديث ، ومازالت تؤمن به أكبر دول العالم من الناحية السكانية وهي الصين .

طبقاً لتحليلات بعض علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية ، أن المنظور الإشتراكي تناول قضية سياسات الرعاية الإجتماعية من نقطتين أساسيتين هما : أولاً : أن سياسات الرعاية الإجتماعية (الرفاهية) كنظرية شاملة ، تعتمد في تفسيراتها أساساً علي تبريرات وأيديولوجيات تطورها ، داخل المجتمعات الرأسمالية من الدرجة الأولي . ثانياً : فهي "كنظرية معيارية" تهتم بمعالجة وضع حلول لمشاكل الرأسمالية ، وتسعي لتحقيق مكاسبها بصورة مستمرة . وفي حقيقة الأمر ، أن تلك الأفكار وجدت قبولاً كثيراً من جانب العديد من المفكرين الذين يتصفون بصورة أو بأخري بالنزعات الإشتراكية ، فبعضهم عمل تحت تيار الراديكالية، أو الصراع ، أو مايسمي أيضاً بالإشتراكية المحدثة . ومن أهم هؤلاء المفكرين والكتاب الذين عالجوا قضية سياسات الرعاية الإجتماعية حسب هذا المنظور نجد علي سبيل المثال لا الحصر ، تحليلات جوف Gough ، وكورنر Corner ، وسافيل Saville ، وديموهوف Domhoff وغيرهم . (٢٠)

ومن أهم الأفكار والتصورات العامة التي يقوم عليها المنظور الإشتراكي ، عند معالجته لقضية الرعاية الإجتماعية مايلي : (٢١)

أولاً : تكمن سياسات الرفاهية الإجتماعية في ضوء نظم محددة للعمل ، وظروف المعيشة ، وتوزيع الموارد المجتمعية علي أسس الحاجات البشرية .

ثانياً : أن الرأسمالية كنظام إجتماعي متناقض مع الرفاهية بصفة عامة .

ثالثاً : تقوم سياسات رعاية الرفاهية في المجتمع الرأسمالي وذلك بصورة تدريجية عن طريق مايسمي بالفعل الجمعي ، وإعتمادها أساساً علي الطبقة العمالية، ولهذا السبب تلجأ الرأسمالية نحو عملية الإصلاح الإجتماعي المؤقت أو العلاجي وإن كان ذلك مشكوكاً فيه لأنه يتم بصورة هامشية .

رابعاً : تعمل كل من الحكومة أو أجهزة الدولة في المجتمعات متعددة الطبقات، علي تقديم سياسات الرعاية الإجتماعية وتوجيهها نحو مصالح الطبقة المسيطرة. ومن ثم ، فالدولة تكون بعيدة تماماً عن سياسات الرفاهية وربما تعتمد علي الأساليب الإجتماعية كناحية شكلية فقط .

خامساً : أن فكرة قيام سياسات الرعاية الإجتماعية أو الرفاهية بصورة كاملة يراعي فيها عناصر التوزيع العادل ، لايمكن أن يتحقق إلا بعد أن تصبح جميع وسائل الإنتاج إشتراكية .

حقيقة ، أن هناك الكثير من الإنتقادات التي توجه إلي المنظور الإشتراكي برمته وتصوراته العامة والخاصة تجاه قضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، وإن كنا لسنا بصدد عرض تلك الإنتقادات حالياً ، بقدر مانشير إلي أن الأيديولوجية العامة لذلك النظام حملت في ذاتها عوامل هدمه وفنائه ، ولم يعد قادراً علي توفير الحاجات الأساسية لجماهيره ، حتي تلك الطبقات العاملة التي أعطي لها الأولوية ، وقام النظام الإجتماعي والسياسي من أجلها بالدرجة الأولي : فلقد ركز أصحاب هذا المنظور تحليلاتهم نحو دراسة النظم الرأسمالية فقط ، وتحليل واقعها الإجتماعي وغاب عنهم البعد التحليلي المقارن ، ومعرفة تباين السياسات الإجتماعية سواء داخل المجتمعات الإشتراكية ذاتها ، وبين تلك المجتمعات الرأسمالية الأخري .

ومن ناحية أخري ، لقد ركزت السياسات الإشتراكية علي التميز بينها وبين السياسات الرأسمالية وعلاقاتها بالتصنيع ، وتأثير ذلك بالطبع علي السياسات الإجتماعية الأخري ، وخاصة سياسات الرعاية الإجتماعية ، دون أن تتعرف علي المتغيرات والعوامل الواقعية ، التي تسهم في تشكيل تلك السياسات بصورة عامة. علاوة علي ذلك ، فلقد فشل أصحاب هذا المنظور ، في تقدير بعض المشاكل والتصدعات التي ظهرت في المجتمعات الغربية الرأسمالية والنتائج المتعددة التي صاحبتها بالفعل ، إلا أنهم تصوروا عموماً ، أن الحل الأمثل لمعالجة تلك المشكلات

الإجتماعية ، هو تبني طريق الإشتراكية ، والأخذ بفلسفتها ومبادئها العامة في الحياة الإجتماعية ، واعتبارها كبديل للرأسمالية .

وبإيجاز ، فنحن لسنا بموضع المدافعين حالياً عن النظام الرأسمالي ورؤيته ، نحو قضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، ولكننا نري بوضوح ماشهده أواخر عقد الثمانينات وبداية التسعينات ، يعتبر دليلاً واضحاً لإنعدام رؤية المنظور الإشتراكي وقصوره كنظام عام ، وأيضاً تصوراته حول قضية سياسات الرعاية الإجتماعية وفشله في تحقيق مطالب الطبقات الإجتماعية الواقعية وتلبية حاجاتها الأساسية . إن النظام الإشتراكي كغيره من النظم الإجتماعية السابقة ، التي تلاشت نظراً لإهمالها القيم الروحية السماوية ، وجعلها الإنسان مجرد آلة في عمليات الإنتاج المفقودة ، دون أن تنظر إلي مطالبه الأساسية وخاصة حقوق الملكية وممارسة الأديان وحقوق المواطنة وغيرها .

خامساً : المنظور الوظيفي : The Functionalist Perspective

في الواقع ، لقد كشفت تحليلاتنا السابقة للعديد من كتابات أنصار المدرسة الوظيفية بصورة غير مباشرة ، وإن كنا حالياً نحاول أن نشير بصورة موجزة لأهم ملامح الفكر السوسيولوجي الوظيفي تجاه قضية سياسات الرعاية الإجتماعية حسب تحليلات كل من علماء الإجتماع الأوائل والمحدثين . وقبل كل شئ ، نود أن نوضح حقيقة هامة مؤداها أولاً : أن إهتمامنا الحالي يتركز لعرض أهم ملامح التراث لقضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، ولسنا بصدد تناول جميع تلك الكتابات التي حللها بالفعل علماء الإجتماع . ثانياً : أن إشارتنا الموجزة ، إنما تهدف للرد علي الدعاوي المتناقضة ، في رؤيتها وتصوراتها حول الفصل بين دراسة قضية السياسة الإجتماعية ، وإهتمامات علم الإجتماع ، بقدر مانؤكد علي أن تلك القضية تعتبر إحدي القضايا الهامة التي يتكون منها موضوعات علم الإجتماع ذاته .

أولاً : المنظور الوظيفي الكلاسيكي :

يتمثل أعمال أصحاب هذا المنظور في آراء كل من هربرت سبنسر H.Spencer ، واميل دوركايم E. Durkheim ، وماكس فيبر M. Weber وغيرهم، حيث تدور إهتماماتهم حول قضية السياسة الإجتماعية إنطلاقاً من بعدين أساسيين هما أولاً : رؤيتهم السوسيولوجية العامة ، التي تتصور أن المجتمع مجموعة متكاملة من البناءات والنظم الإجتماعية التي ترتبط كل منهما بالأخري . ثانياً : أن دراسة تلك البناءات والنظم تسهم في التعرف علي وظائفها وتكاملها بصورة مميزة، طبيعة تحقيق الأهداف العامة التي تؤدي إلي التجانس والإنسجام في المجتمع الأكبر . وفيما يلي تحليل موجز لأهم تصورات هؤلاء العلماء . (٢٢)

تجئ تحليلات هربرت سبنسر H. Spencer ، حول قضية السياسة الإجتماعية بصورة غير مباشرة ومن خلال تحليلاته ونظريته السوسيولوجية العامة حول "المماثلة البيولوجية" . فلقد سعي لعرض وجهة نظره حول العديد من سياسات الرعاية الإجتماعية ، التي كانت موجودة بالفعل في المجتمع البريطاني بصفة خاصة في مطلع هذا القرن وأواخر القرن الماضي ، كما جاءت معظم تلك التحليلات ذات نزعة "عدائية ، أو غير عدائية " وضد السياسة الإجتماعية للدولة، وخاصة رعايتها لبعض الفئات الإجتماعية غير القادرة بالفعل . وبصورة عامة ، أننا نري كتابات سبنسر ، عبرت عن إهتماماته حول فكرته المعروفة عن " أحكام القيمة " Value Judgement وإرتباطها بقضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، وهذا يكشف بدوره عن طبيعة الظروف الإجتماعية والأخلاقية التي كانت تعيشها بريطانيا ، ومعاصرة (سبنسر) لها في الواقع .

ويشير في هذا الصدد ، روبرت بنكر (٢٣) R. Pinker ، أن تصورات "سبنسر" حول قضية السياسة الإجتماعية كانت ذات نزعة عدائية ضد ماتفرضه

الدولة من إجراءات وسياسات إجتماعية . ولقد انعكست تلك النزعة ، من خلال دفاعه عن سياسة عدم التدخل Laisse Faire ، خاصة وأن كتابات سبنسر في مجملها كانت ذات طابع سياسي وأخلاقي من الدرجة الأولي ، ولم يركز علي تحليل قضايا الرعاية الإجتماعية ونظمها المختلفة من نواح إجتماعية فقط .

وبإيجاز ، لقد سعي سبنسر أن يربط بين تحليلاته حول التطور والنظم الإجتماعية ومايحدث بالفعل لدي الكائنات البيولوجية، محاولاً التأكيد علي فكرته العامة بأنه كلما زادت درجة التعقيد في المجتمعات كانت هناك فرص ونتائج أكثر نحو التكامل الإجتماعي . ومن ثم ، فلقد ركز سبنسر علي توضيح بعض الحلول التي بموجبها تستطيع الدولة التدخل في الإدارة الإجتماعية ، وتوفير الإجراءات والأساليب الخاصة للرعاية الإجتماعية . وبصورة أو بأخري ، كان سبنسر لايؤمن بضرورة أن لاتتخذ الحكومة موقفاً سريعاً وحاسماً للتغير الإجتماعي الجذري ، ولهذا السبب كان معادياً للتدابير الحكومية نحو الحد من الفقر واللامساواة ، مبرراً تلك الإجراءات بأنها ضد الطبيعة الإنسانية ذاتها .

علاوة علي ذلك ، استخدم سبنسر مفهوم "الشخصية القومية " ليشير إلي أن كل فرد يجب أن يسعي لتحقيق رفاهيته بمجهوده الذاتي . ومن ثم ، فإن الجهود الفردية والجماعية للرفاهية سوف تسهم في خلق فروق بين المانحين والمحتاجين ، كما أن سياسات الرعاية الإجتماعية في مجملها سوف تهدد من مستوي معيشة الطبقة العاملة لأنها الوحيدة التي تدفع الضرائب الحكومية وتمول تلك السياسات . ومن ناحية أخري ، أن تلك التدابير سوف تؤدي لزيادة البيروقراطية الحكومية ، وسوف تشجع علي المزيد من الإنحرافات والحياة اللاأخلاقية في المجتمع ، مشيراً في ذلك للإعانات التي تقدم علي سبيل المثال لأمهات الأطفال غير الشرعيين وغيرها من الأمثلة التي تؤدي للمزيد من السلوكيات اللاأخلاقية .

أما اميل دوركايم E. Durkheim ، فكان علي نقيض سبنسر وأرائه السابقة في كثير من الإتجاهات نحو سياسات الرعاية الإجتماعية ، وهذا يتمثل في مجموعة أعمال دوركايم الخاصة ، بالتربية الأخلاقية ، و التعليم ، وتقسيم العمل ، والإنتحار ، وغيرها من التحليلات التي تتركز حول معالجة قضايا متنوعة من سياسات الرعاية الإجتماعية . كما أن تلك التحليلات لم تخرج بعيداً عن الإطار النظري السوسيولوجي لدوركايم الذي يتركز حول نظريته العامة عن التضامن الإجتماعي Social Solidarity ، وحرصه علي إعادة تنظيم المجتمع بعد التصدعات المختلفة التي شهدتها كل من أبنيته وانساقه الإجتماعية . وعلي أية حال ، فلم يتخذ دوركايم موقفاً عدائياً ضد سياسات تدخل الدولة The State Intervention ، فهو كعالم إجتماع لم ينكر دراسة الحقائق الإجتماعية علي أنها وقائع ثابتة ، وهذا كان جوهر أساسه النظري والمنهجي عند تناوله لتلك الحقائق بالدراسة والتحليل . ومن ثم ، كان دائما يتطلع لأهمية تدخل الدولة السريع والمدروس ، فلقد كان حريصاً علي سبيل المثال علي تحسين مستويات الرعاية الإجتماعية في فرنسا ، والعمل علي تغيير المناهج الدراسية التقليدية ، حتي يحدث من سياسات التعليم والتنشئة الإجتماعية ، مستخدماً بذلك العديد من المداخل المقارنة للسياسات التعليمية في بعض الدول الأوروبية الأخري ولاسيما المانيا . ومن ثم ، فلقد نجح في تغيير السياسة التعليمية في فرنسا بالفعل ، مع وضع بعض الحلول العملية لمشكلات هذه السياسة وتوجيهها علي أسس أخلاقية وتربوية . (٢٤)

وتجيء أهمية تحليلات دوركايم من خلال تأكيداته المستمرة ، علي أهمية تدخل الدولة وزيادة نشاطها في مجال سياسات الرعاية الإجتماعية وغيرها من مجلات الحياة الإجتماعية والإقتصادية ، ويأتي ذلك إنطلاقاً من فكرته الأساسية حول التنمية الإجتماعية Social Development . ولقد حاول دوركايم تفسير تلك الفكرة في حدود تصوراته التي تتعلق بعمليات التحول من المجتمعات التقليدية إلي المجتمعات

الحديثة أو من المجتمعات الآلية إلي العضوية . فالأنواع الحديثة من المجتمعات تحتاج إلي تدخل الدولة وإجراءاتها حول السياسات الإجتماعية ، حتي تعوض تلك المجتمعات بمجموعة من الأساليب والإجراءات التي كانت تعطي في المجتمعات التقليدية وخاصة النظام الأسري التقليدي ، أما المجتمعات الحديثة فتحتاج بالضرورة إلي إجراءات معينة خاصة في مجالات التعليم والتنشئة الإجتماعية ، والمساعدات المالية ، والنقل ، والمواصلات وغيرها .

ومن هذا المنطلق ، تجئ رؤية دوركايم للتدخل الحكومي علي أنها ظاهرة علاجية Therpeutical phenomena ، لتغيير الحالات المرضية في المجتمع ، والعمل علي زيادة الأساليب الحكومية وتدعيمها بصورة مستمرة . ومن ناحية أخري ، تعكس أهمية تحليلات دوركايم لرفضه بعض الأفكار الوظيفية التي تمثلت في أعمال هربرت سبنسر ، وخاصة تصوراته حول مايعرف بوجهة النظر النفعية والتعاقدية Utilitarian & Contractual ، وتأسيسهما للنظام الإجتماعي في المجتمع الصناعي . فلقد كان دوركايم حريصاً علي تدعيم فكرته السوسيولوجية العامة حول التضامن الإجتماعي ، وهذا يظهر بوضوح في تحليلاته حول قضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، وضرورة أن تقوم العلاقة بين الأفراد والدولة علي أسس الإحساس المشترك والتعاون بينهما بصفة مستمرة (٢٥) . ومن ثم ، فلقد سعي دوركايم للربط بين ذلك الإحساس أو التفاهم المشترك ليؤكد علي أهمية نتائج التضامن الإجتماعي ، وأهمية دور مؤسسات الرعاية الإجتماعية وغيرها من المؤسسات والتنظيمات الأخري ، باعتبارها "تنظيمات وسيطة أو ثانوية" (٢٦) لتحدد العلاقة بين الفرد والدولة ، وتساند في تحقيق الوظائف الأساسية ، التي يهدف إليها النظام الإجتماعي العام ، وهو تحقيق التضامن والرفاهية الإجتماعية .

حقيقة ، أننا نعتبر دراسة دوركايم عن الإنتحار (٢٧) Suicide ، بأنها دراسة موجهة أساساً لتحليل كل من السياسات الإجتماعية من ناحية ، ودراسته حول

مقومات التكامل بين النظم الإجتماعية والحرص عليها من ناحية أخري . فنجده علي سبيل المثال ، يشير إلي أن معدلات الإنتحار تزداد لدي الأفراد غير المتزوجين بينما تقل عند المتزوجين . وترتفع هذه المعدلات لدي الأفراد العاطلين وتقل عند الأفراد العاملين . كما ترتفع أيضاً عند الأفراد الذين يقل لديهم الوازع الديني ، بينما تزداد عند الأفراد غير المتدينين عموماً . فهذه ليست مجرد إشارات استند دوركايم فيها إلي المعدلات الإحصائية ، بل ترجمها إلي دلالات إجتماعية واضحة ، وحاول أن يبرز المكانة الإجتماعية للزواج لدي المتزوجين والتركيز علي أهمية النظام الزواجي في المجتمع ، وهذا ينطبق أيضاً علي أهمية العاملين والمتدينين ومكانتهم الإجتماعية، وأهمية كل من العمل والدين في تجنب الكثير من الشرور الإجتماعية ، والبعد عن الإقدام نحو الإنتحار . وعموماً ، هذه إشارات إيجابية لطبيعة إسهامات دوركايم وتحليلاته لظاهرة الإنتحار وقد مضي عليها قرابة القرن من الزمان ، وكم ظهرت حالياً العديد من المشكلات الإجتماعية في المجتمعات الحديثة نتيجة للبعد عن الزواج وآثارها السلبية علي البناء الإجتماعي والأسرة ، وزيادة معدلات الطلاق ، والبطالة ، وعدم التدين وذلك في ضوء غياب التخطيط لسياسات الرعاية الإجتماعية .

وهكذا ، نجد أن دوركايم ونظريته السوسيولوجية العامة ، تنطلق نحو الإهتمام بالعديد من سياسات الرعاية الإجتماعية ، والتي تمثلت في تحليلاته نحو التربية الأخلاقية والتنشئة الإجتماعية ، ومحاربة الفقر ومواجهة حالات الإغتراب التي ظهرت في المجتمعات الحديثة ، وأهمية التخفيف منها للإقلال من حالات العداء في المجتمع ، وذلك عن طريق تبني سياسات إصلاحية وعلاجية لتزيد من روابط الولاء والإنتماء والتضامن الإجتماعي ، وضرورة زيادة سياسات تدخل الدولة وإضفاء طابع الشرعية عليها حتي تكون موضع الإلتزام والتنفيذ في المجتمع .

ويعتبر ماكس فيبر M. Weber من أهم أنصار المنظور الوظيفي الكلاسيكي في علم الإجتماع ، حيث تكشف إسهاماته السوسيولوجية المتعددة عن تناوله للكثير

من المشكلات الإجتماعية ، التي ظهرت في العالم الغربي عامة وفي ألمانيا خاصة . وتجئ أهمية ذلك الإسهامات عند معالجته لهذه المشكلات وضرورة طرح سياسات إجتماعية بديلة لها ، وإن كانت نقطة الإنطلاق الأساسية عند معالجته لقضايا السياسة الإجتماعية والمشاكل المرتبطة بها ، ظهر في إطار تحليلاته لمشكلات إجتماعية عامة ، ولاسيما مشكلة البيروقراطية والتنظيم والإدارة . ومن ثم ، فلقد كشفت تلك التحليلات السوسيولوجية ، عن مدي الإهتمامات الواسعة لتحليلات فيبر ، ومعالجته للمشاكل الإجتماعية التي ظهرت في المجتمعات الصناعية الحديثة .

كما ترجع أهمية تصورات فيبر حول دراسته للعديد من المشكلات الإجتماعية وسبل معالجته لها ، عن طريق تأسيسه " لمنظمة السياسة الإجتماعية " ومشاركته فيها مع الكثير من أساتذة الجامعات ، ورجال الأعمال ، وموظفي الدولة المدنيين، ولقد كرست تلك المنظمة أنشطتها لدراسة المشكلات الإجتماعية المختلفة ، وطرح السياسات الإجتماعية البديلة لها . ومن أهم العلماء الذين عمل معهم فيبر في مجال السياسات الإجتماعية والإقتصادية المختلفة جوزيف شمولر G.Schmoller وأودلف فاجنر A. Wagner وغيرهما .

ومن أهم المشكلات الإجتماعية التي تناول دراستها فيبر من خلال مساهمته في " منظمة السياسة الإجتماعية " (٢٧) ، مشكلات الأجور وسياسات العمل والعمالة والظروف الفيزيقية في المصانع . فلقد أجري دراسات ميدانية استهدفت تحليل واقع المؤسسات والشركات الصناعية الألمانية ، للكشف عن سبل تحسين مستويات إنتاجيتها ورفع كفاءة العمل بها . كما تناول أيضاً ، تحليل السياسات الزراعية ، والعلاقة بين الملاك والمستأجرين ، وقد شملت تلك الدراسة قطاعاً كبيراً من الريف الألماني ، للتعرف علي مشكلات القطاع الريفي ، وطرح العديد من السياسات الزراعية البديلة لتطوير ذلك القطاع وتنمية مؤسساته الإجتماعية المختلفة . علاوة علي ذلك ، اهتم فيبر بدراسة سياسات العرض والطلب وتوفير الحاجات الأساسية

للفئات الإجتماعية ، وحلل أيضاً سياسات الأسعار وعلاقاتها بسياسات الأجور والدخل ، وتحليل أنماط السلوك الإقتصادي وسياسات الإستهلاك وترشيد الإنفاق وغيرها . وتكمن أهمية تحليلات فيبر حول قضية السياسة الإجتماعية والإقتصادية في طرحه العديد من الإجراءات والأساليب الإصلاحية والعلاجية لكثير من المشكلات التي تناولها بالدراسة أو التحليل ، أو عرضه للتغيرات الجذرية الشاملة ، لتحديث وتطوير مؤسسات وتنظيمات السياسة الإجتماعية المختلفة .

وربما تعتبر دراسة فيبر حول السياسة التعليمية عامة والتعليم الجامعي خاصة إحدي إسهاماته في مجال سياسات الرعاية الإجتماعية [٢٨] ، حيث سعي فيبر ليوضح العلاقة بين تلك القضية ، وسبل تحديث وتطوير نظم التعليم المختلفة ، متخذاً في ذلك منهج التحليل المقارن ، من أجل توجيه سياسات التعليم الألماني، وتطويرها وتحديثها ومقارنتها بواقعية السياسات التعليمية الأخري التي تطبق بالفعل في الدول الأوروبية والولايات المتحدة . ولقد كشفت تلك التحليلات ، عن مدي تعمق إهتمامات فيبر السوسيولوجية ومعالجته لقضية التعليم ، وسياسة التنشئة الإجتماعية في المجتمع الألماني . كما حاول أن يحلل تلك السياسة في ضوء إهتماماته "بفكرة المواطنة" والحقوق الإجتماعية والمدنية ، التي يجب توافرها مع الحاجات والحقوق الأساسية للمواطنين . علاوة علي ذلك ، سعي لتحليل سياسة التعليم وإرتباطها بفكرة المواطنة ، وعملية زيادة الولاء والإنتماء الإجتماعي لدي المواطنين ، وذلك عن طريق خلق الإحساس المشترك والمتبادل بين الفرد والدولة . وإن كان قد ركز (فيبر) علي أهمية إتخاذ الإجراء اللازمة لزيادة فاعلية التعليم وسياساتها المختلفة وذلك عن طريق الإهتمام بالأخلاق المهنية والمسئوليات الإجتماعية التي تقع علي عاتق رجال التعليم ومؤسسات ونظم التعليم المختلفة . ولقد استخدم فيبر العديد من المفاهيم التي تشير إلي تحسين تلك الخدمات مثل مفهوم الشرعية Legitinacy ، والتأهيل Rehabilitation والتنمية الثقافية Cultural Development وغيرها .

وعموماً ، إننا نري أن قضية البيروقراطية التنظيمية هي موضع إهتمام فيبر الأساسي عند تحليله لمشكلات سياسات الرعاية الإجتماعية . فإننا نجده عند دراسته للبيروقراطية وتحولاتها المختلفة وتأثيرها علي الأفراد والجماعات الإجتماعية، يركز علي الكثير من المخاوف التي يمكن بها أن تؤدي البيروقراطية للسيطرة علي الإنسان الحديث ، هذا بالرغم من إقتناعه بأهمية التنظيمات البيروقراطية العقلانية الحديثة ، التي تعكس ظروف الحياة الإجتماعية والإقتصادية بصفة عامة . ولقد أبدي فيبر تحفظاته ومخاوفه هذه ، عند معالجته لقضية سياسات الرعاية الإجتماعية [٢٩] ، وعملية تدخل الأساليب الحكومية وأجهزة الدولة في حياة الإنسان بصورة ملحوظة ، وإن كان حرص فيبر المتزايد من النتائج السلبية ، التي قد تحد من حقوق الفرد وحرياته المختلفة ، نتيجة للسيطرة البيروقراطية ، وهذا ماظهر بوضوح في دراساته المقارنة عن النظم البيروقراطية والإدارية ، وملاحظاته الواقعية عن وجود عناصر كثيرة من الفساد الإداري ، وعدم الكفاءة والفاعلية لبعض الكوادر التنظيمية ، وخاصة التي تعمل في مجال مؤسسات الرعاية الإجتماعية .

ثانياً - المنظور الوظيفي المحدث :

عكست تحليلات أصحاب المنظور الوظيفي الكلاسيكي ، إهتمامات متعددة لعلماء الإجتماع الأوائل وتناولهم لقضية السياسة الإجتماعية ، ولقد تطورت تلك الإهتمامات نتيجة لتطور علم الإجتماع ذاته حيث تناول علماء الإجتماع المحدثين قضايا سياسات الرعاية الإجتماعية ، وإعتبارها من أهم قضايا وموضوعات علم الإجتماع الأساسية . وربما نجد من إهتمامات بعض هؤلاء العلماء تصورات قيمة ، ترتبط بتلك القضية بصورة مباشرة وغير مباشرة ، ومن أمثال هؤلاء العلماء روبرت ميرتون R. Merton ، وتالكوت بارسونز T. Parsons ، ونيل سملسر N.Semelser وغيرهم [٣٠] .

تركزت إهتمامات "ميرتون" ، حول معالجته لكل من البناء والوظيفة الإجتماعية وتحليله للانساق والنظم الإجتماعية ، والحفاظ علي ذلك البناء واستمراريته . ولقد حرص علي أن يعرض مظاهر التفكك الإجتماعي بين البناءات والنظم الإجتماعية ، علي أنها نتيجة لما أسماه بالخلل الوظيفي Dysfuncational وتأدية الواجبات أو المهام التي يجب أن تقوم بها تلك النظم في المجتمع . كما سعي ميرتون لتوضيح نوعية الوظائف الإجتماعية ، التي يقوم بها الأفراد والجماعات والنظم الإجتماعية في المجتمع ، وذلك من خلال تحليلاته لما يعرف بالوظائف الكامنة Latent Function ، والوظائف الظاهرة Manifest Function ، التي لها تأثيرات مباشرة وغير مباشرة علي السلوك الفردي والإجتماعي بصفة عامة .

ومن هذا المنطلق ، نجد أن " ميرتون " يحلل طبيعة المجتمعات البشرية وخاصة المجتمع الحديث ، موضحاً مظاهر التفكك والتصدع الناتج عن إنهيار العلاقات الإجتماعية ، وحدوث الخلل الوظيفي لهذه الجماعات في المجتمع ، ومن ثم ، فلقد طرح تصوراته حول نتائج الآثار السلبية في المجتمع ، مستخدماً في ذلك فكرته حول الوظائف البديلة Alternative Functions ، والتي تقترح بعض البدائل النظرية والعملية لتقييم السياسات الإجتماعية الراهنة ، والعمل علي الحفاظ علي الوظائف الإيجابية من أجل بقاء المجتمع واستمراريته .

أما تحليلات " تالكوت بارسونز " فليس من السهل حصرها حالياً ، بقدر مانشير - بصورة موجزة - إلي إسهاماته حول قضية السياسة الإجتماعية ، وعلاقتها بالبناء أو النسق الإجتماعي ككل . حيث جاءت تلك التحليلات في إطار ما أطلق عليه ، بأن الرفاهية ماهي إلا نوع من التكامل Welfare as Integration . حيث يتصور ، بارسونز أن بقاء أي مجتمع أو نظام إجتماعي واستمراريته ، يكون مشروطاً بتحقيق أربعة متطلبات وظيفية هامة وهي : التكيف أو المواءمة Adaptation ، وتحقيق الهدف Goal attainment ، والتكامل Integration ، والمحافظة علي النمط Pattern - maintenance .

وإذا نظرنا إلي تلك المتطلبات نجد أن الأولي منها ذات مهام إقتصادية ، والثانية ذات طابع سياسي ، والثالثة ، تهتم بالمحافظة علي التجانس والتضامن، أما الرابعة والأخيرة ، فإنها تهتم بأنماط القيم الأساسية . وهذا بالفعل ، أكد عليه بارسونز ، بأن تلك العناصر الوظيفية الأساسية تعد بمثابة انساق فرعية Sub-systems للمجتمع . وأن أي تنظيمات إجتماعية معينة مثل المدرسة ، أو المستشفي ، أو دور العبادة ، وأي نظم إجتماعية مثل التعليم ، والصحة ، والدين ، فجميعها تهتم أساساً بتحقيق إحدي تلك المتطلبات الأربع الأساسية . كما في الغالب، نجد أن جميع النظم الإجتماعية بدون إستثناء تهتم بتحقيق تلك المتطلبات معاً .

وهكذا ، تظهر تحليلات تالكوت بارسونز كغيره من أصحاب الإتجاه الوظيفي، ومدي إهتمامه أساساً بنظام الرفاهية The Institution of Welfare ، خاصة عند معالجته للمتطلب الوظيفي الثالث ، وهو " التكامل " . فالتكامل كعملية أساسية تجعل من النظام الإجتماعي أكثر ترابطاً وتماسكاً ، وتصبح العلاقة بين مكونات البناء الإجتماعي أكثر تجانساً وتوافقاً . ويتضح ذلك عموماً ، في مظهرين أساسيين هما أولاً : نسق التكامل ، وثانياً : التكامل الإجتماعي ، فالأول يشير إلي " تكامل النظم The Integration of Institutions " والأخير ، يشير إلي تكامل الجماعات الإجتماعية Social Groups .

ويمكن معرفة ذلك بصورة أكثر وضوحاً ، وخاصة عند تحليل هذا التصور النظري عند بارسونز ، وعلاقته بطبيعة الواقع الأمبريقي لسياسات الرعاية الإجتماعية بصفة عامة :

أولاً : انساق التكامل بين النظم فإذا نظرنا علي سبيل المثال بين النظام الإقتصادي والنظام التعليمي في إطار نسق التكامل ، نجد أن النظام الإقتصادي

يحتاج بالضرورة إلي القوي العاملة المؤهلة ، التي يسعي النظام التعليمي لتوفيرها، ولكن إذا لم يحدث تنسيق بين كل من النظامين ، فسوف تكون تلك القوي العاملة "غير إنتاجية" ، ولن يؤدي النظام الإقتصادي أهدافه بصورة إيجابية علي الإطلاق . وهذا مايجعل الكثير من السياسات الإجتماعية تسعي لتصحيح مساراتها الإقتصادية والتعليمية ، وتحقيق نوع من "انساق التكامل" بين نظمها الإجتماعية المختلفة .

ثانياً : انساق التكامل بين الجماعات الإجتماعية : ويهدف هذا النمط من التكامل لتوضيح ، ضرورة وجود التكامل بين الجماعات الإجتماعية ، للتقليل من الصراعات والخلافات التي تحدث في المجتمع ، مثل الصراعات بين العمال وأصحاب العمل ، والطوائف الدينية والعرقية المختلفة . ولكن لن يتم ذلك ، إلا في ضوء تبني سياسات إجتماعية مميزة ، تهدف أساساً للإهتمام بالطابع الإجتماعي والأخلاقي وزيادة روح الولاء والإنتماء والتضامن ، وتحقيق الحياة المجتمعية التي ترعي الصالح العام ، وتدعو إلي تماسك المجتمع واستمراريته وبقائه .

وفي حقيقة الأمر ، كشفت إحدي دراستنا السابقة ، حول تحليل "سياسات التعليم" (٣١) عن وجهات نظر بارسونز العملية ، وربطه بين نوعية النظام التعليمي ، والنظام الإقتصادي السائد في الولايات المتحدة . فلقد تركزت تحليلات بارسونز ، علي أهمية حدوث نوع من التكامل بين النظم الإجتماعية لتحقيق سياسات تعليمية هادفة ، وهذا لن يتأتي إلا عن طريق التنسيق بين متطلبات النظام الإقتصادي والنظام التعليمي . وبإيجاز ، سعي (بارسونز) لتوضيح أفكاره حول أهمية تحديث السياسات التعليمية ، حتي تصبح سياسات تعليمية إنتاجية ، وضرورة ربط مؤسسات النظام التعليمي سواء أكانت مدارس أم جامعات باحتياجات المجتمع الإقتصادية والفعلية . ومن هذا المنطلق ، نجد أن بارسونز ، حرص كل الحرص علي توضيح أفكاره السوسيولوجية العامة حول النسق الإجتماعي ، وطبيعة المتطلبات الوظيفية ، التي تكشف عن دور علاقات التكامل بين النظم الإجتماعية المختلفة .

علاوة علي ذلك ، تكشف تحليلات بارسونز للعديد من السياسات الإجتماعية ، عن مدي إهتماماته بقضية الرعاية الإجتماعية ومؤسساتها المختلفة ، ففي كتابه الشهير "النسق الإجتماعي" (٣٢) علي سبيل المثال نجده يركز علي أهمية السياسة الصحية والعلاجية ، وإعتبار أن الإهتمام بالنظام الصحي والعلاجي ، في المجتمع إنما يهدف أساساً لتحقيق انساق التكامل والضبط الإجتماعي . فالسياسة الصحية العلاجية ، لها " وظائف " معينة في المجتمع الحديث ، وتؤثر علي أنماط ومستويات الولاء والإنتماء والتضامن الإجتماعي . ولقد استخدم بارسونز فكرته حول مايعرف بدور المرض The Sick Role ، كأحد الأفكار الهامة التي تشير إلي أهمية العلاقة الإيجابية بين الأطباء والهيئات العلاجية وبين المرض ، ولكن هذا لن يتم إلا في ضوء التأكيد علي نوعية المسئوليات الأخلاقية والمهنية ، التي يجب توافرها عند أصحاب المهن الصحية والعلاجية . وبإيجاز ، تتركز رؤية "بارسونز" ، حول دراسة السياسات الصحية والعلاجية ، من أجل تحقيق الإستقرار وإنجاز الأهداف العامة للنسق الإجتماعي ، وتحديد العلاقات والمسئوليات ، والأدوار الإجتماعية ، التي يجب أن يقوم بها القائمين علي تحقيق تلك السياسات . ومن ناحية أخري ، ركز "بارسونز" علي أهمية وجود انساق الجزاءات ، سواء أكانت سلبية أم إيجابية ، التي يجب إتخاذها عند تنفيذ الأدوار الإجتماعية والمهنية أو ما أسماه عموماً " بإلتزامات الدور" The Role Obligations .

وترجع أهمية كتابات "نيل سملسر " N. Semelser – باعتباره من أقطاب علم الإجتماع الأمريكي المحدثين – بأنها جاءت مشتركة في الكثير منها مع العديد من علماء الإجتماع ولاسيما "بارسونز" خاصة فيما يتعلق بسياسات الرعاية الإجتماعية. ولقد حرص "سملسر" علي تأكيد العلاقة بين قضية السياسة الإجتماعية وعملية التنمية الإجتماعية Social Development ، حيث يشير في هذا الصدد ، بضرورة تفسير عملية التنمية الإجتماعية في إطار تحليل مفهوم الإختلافات البنائية

Structural Differentiation ، وذلك باعتبار أن عملية التنمية تحدث عندما تتحول المجتمعات من المراحل البسيطة إلي المعقدة ، وأثناء عمليات التحول تنتج الكثير من الإختلافات البنائية في طبيعة المجتمع الحديث . ويتسم هذا المجتمع ، بالكثير من الخصائص المميزة والناتجة عن عمليات التحديث Modernization Process ، مثل التخصص وتقسيم العمل وغيرها ، والتي تسهم في تغيير معظم الملامح البنائية العامة وطبيعة الوظائف النظامية الحديثة (٢٣) . وبإيجاز ، تنتج عن عمليات التحول إلي المجتمعات الحديثة الكثير من الخصائص ، التي توضح مدي التغير الناتج في كل من البناءات والنظم الإجتماعية معاً ، وظهور الكثير من الوظائف الجديدة ، التي تؤديها كل من التنظيمات والمؤسسات التي ظهرت في المجتمع الحديث .

وسعي "سملسر" لتوضيح بعض المظاهر الجديدة في ضوء تحليله لفكرة "الإختلافات البنائية " ، حيث تصاحب عمليات التغيير والتحديث أشكال جديدة من عدم التكامل Mal - integration بين البناءات والنظم الإجتماعية في المجتمع ، الأمر ، الذي يتطلب بدوره وجود أنماط جديدة من التكامل حتي تؤدي إلي إعادة التماسك والتضامن الإجتماعي . ولقد علل "سملسر" علي ذلك عند تفسيره لتغيير وظائف وعناصر التكامل في المجتمع . فعلي سبيل المثال ، لقد تغير النظام الإقتصادي وأدي إلي إنتقال المجتمعات من نظام الصناعة العائلية Doemostic Industry ، إلي نظام المصنع المنتج Factory Product ، كما صاحبت عمليات تغيير الإنتاج تغييرات أخري مصاحبة في البناء القرابي بصفة عامة . وحدوث الكثير من المشكلات الإجتماعية ، التي يمكن أن يطلق عليها مشكلات اللاتكامل الإجتماعي ، فلقد تباينت عمليات العمل والعمالة ، وظهور فرص جديدة للعمل ، وتضاربت المصالح الأسرية مع مصالح أصحاب المصانع الجديدة .

وبالرغم من ذلك ، يؤكد " سملسر " بأن عملية التكيف والمواءمة Adoption ، والمحافظة علي النسق عملية مستمرة فلقد ظهرت العديد من النظم والمؤسسات والتنظيمات الإجتماعية، التي بدأت تسهم في تدبير وسائل جديدة ، تؤدي للتكامل والعمل علي التكيف مع المشكلات الجديدة ، والتي يتمثل البعض منها ، في وجود تنظيمات القوي العاملة والإتحادات المهنية والعمالية ، والنظم الحكومية لتخصيص العمالة ، وسياسات رعاية ورفاهية العمل والعمال وغيرها ، من التنظيمات والمؤسسات الحديثة الأخري .

وعموماً ، إننا نجد تحليلات " سملسر " تتوافق في الكثير مع تحليلات بارسونز وغيره ، من أصحاب المنظور الوظيفي المحدث ، والتي تتركز بصورة عامة في عمليات المحافظة علي النسق الإجتماعي ، وضرورة توافر المتطلبات الوظيفية الأساسية في المجتمع الحديث ، والتي تسعي في مجملها لتحقيق عمليات التكامل سواء بين الانساق والنظم أو البناءات الإجتماعية ، وذلك من أجل زيادة درجات التماسك والتضامن الإجتماعي . وبإيجاز ، تجئ أهمية كتابات "سملسر" مثل غيره من أصحاب هذا الإتجاه (الوظيفي) ، في معالجة قضايا ومشكلات السياسة الإجتماعية في إطار البناء الإجتماعي ككل ، والسعي لتحليل المشكلات الإجتماعية ونتائجها المختلفة ، التي ظهرت في المجتمع الحديث ، واعتبار ظهورها شيئاً طبيعياً وملازماً لعمليات التحديث والتغيير المستمر . وبالرغم من حدوث التصدعات ومظاهر اللاتكامل الإجتماعي ، إلا أن طبيعة النظام الإجتماعي الجديد ، قادرة علي التكيف والمواءمة والمحافظة علي النسق ، وإعادة التماسك والتضامن الإجتماعي ، وهذا لن يتأتي إلا عن طريق حدوث تطور وتحديث مستمر في طبيعة النظم والمؤسسات الإجتماعية المختلفة .

وأخيراً ، وبعد تناولنا لأهم الأفكار الأساسية التي طرحتها المنظورات السوسيولوجية المختلفة حول قضية السياسة الإجتماعية ، والتي سعت في عرضها

لتلك القضية من جوانب متعددة ، محاولة توضيح أهم مكونات إحدي القضايا الإجتماعية الهامة التي مازالت تشغل إهتمام ليس فقط علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية ، ولكن أيضاً الكثير من علماء العلوم الإجتماعية الأخري ولاسيما الإقتصاد والسياسة وغيرها . موجز القول ، أن إشارتنا لتلك المنظورات قد جاءت بصورة مختصرة ، وذلك حسب أهداف الدراسة الحالية ، ولكن كان من الضروري أن نوضح طبيعة التراث السوسيولوجي وإهتمامات علماء الإجتماع وتركيزهم علي أولوية دراسة وتحليل قضية السياسة الإجتماعية ، وحقيقة إسهامات علماء الإجتماع الأوائل والمحدثين حول تلك القضية . وعلي أية حال ، سوف نلقي فيما بعد تعقيباً عاماً حول تلك الإسهامات ، وذلك بعد تناول قضية السياسة الإجتماعية وعلاقتها بدول العالم الثالث .

(٣) قضايا السياسة الإجتماعية وعلم الإجتماع في الدول النامية :

يوضح لنا تحليل تراث قضية السياسة الإجتماعية وعلاقتها بالنظرية السوسيولوجية وإهتمامات علماء الإجتماع بها منذ أواخر القرن الماضي . إن هذا الإهتمام ركز علي تحليل سياسات الرعاية الإجتماعية في المجتمعات الغربية بصورة خاصة ، ولم تهتم تلك التحليلات بعرض أي أفكار نظرية أو أمبريقية تتناول سياسات الرعاية الإجتماعية في البلدان النامية . ومن ثم ، نستطيع حالياً ، أن نطرح عدة تساؤلات هامة ، محاولين الإجابة عليها فيما بعد لتكون موضع إهتمام للباحثين والمهتمين بقضية السياسة الإجتماعية في دول العالم الثالث .

حقيقة ، أن بوادر النشأة الأولي للإهتمام بدراسة قضية السياسة الإجتماعية، كانت "غربية" النشأة من الدرجة الأولي ، من ثم فلم توجه تحليلات علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية حول تلك القضية في العالم الثالث ؟ . ولكن ، ما هي الأسباب التي حجبت توجيه إهتمامات الباحثين لدراسة حقيقة سياسات الرعاية الإجتماعية وعلاقاتها بالمجتمعات النامية ؟ . وهل جاءت بعض تلك الأسباب بصورة مقصودة أو

متعددة ، أما أنها كانت محض صدفة بحتة ؟ . ولماذا تركزت معظم معالجات علماء الإجتماع حول قضايا السياسة الإجتماعية مثل الفقر ، والمرض والصحة ، والتعليم والأمية ، والتخلف ، والإسكان ، وعدم التحضر وغيرها في العالم المتقدم دون العالم الثالث ؟ . هل مثل تلك القضايا لم تظهر في الدول النامية ونحن علي مشارف القرن الحادي والعشرين ؟ وماهي واقعية إهتمامات دول العالم الثالث وسياساتها الحكومية نحو قضايا سياسات الرعاية الإجتماعية ؟

في الواقع ، للرد علي تلك التساؤلات المطروحة السابقة أو جزء منها ، تجعلنا نقول أولاً ، أن تحليل قضية سياسات الرعاية الإجتماعية اهتم علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية بدراستها أساساً فيما يعرف حالياً بمجتمعات الرفاهية وخاصة بعد الحرب العالمية الثانية ، وإن كانت جذور الإهتمامات الأولي لهذه السياسات تمتد إلي بداية القرن الحالي أو بالأحري مع نهاية القرن الماضي . ومن ناحية أخري ، لاتختلف دراسة قضية سياسات الرعاية الإجتماعية عن غيرها من موضوعات علم الإجتماع ذاته وإهتماماته بالمجتمعات الغربية بصفة خاصة . علاوة علي ذلك ، فلقد كرست النظرية السوسيولوجية تحليلاتها ، بدراسة طبيعة تلك المجتمعات ونوعية بناءاتها ونظمها ومؤسساتها ومشكلاتها الإجتماعية من الدرجة الأولي ، دون أن تعطي أي إهتمامات إلي مجتمعات العالم الثالث .

ومن هذا المنطلق ، فلقد ارتبطت كثيراً من توجهات علم الإجتماع وأيديولوجيته من الناحية النظرية أو الأمبريقية الميدانية ، علي تجاهل مشكلات وسياسات الرعاية الإجتماعية في العالم الثالث . كما جاءت مظاهر وعناصر هذا التجاهل وراء دوافع الأمبريالية وغيرها من الأهداف السياسية والعسكرية والإقتصادية والأيديولوجية . ومن ثم ، فلقد حجبت الرؤية العلمية الغربية ، عن الإهتمام بمشكلات العالم الثالث ، وطرح السياسات العلاجية لها ، بالرغم من إعترافها ، بأن نتائج تلك المشكلات ، تعتبر من أهم الأسباب ، التي ساهمت في تخلف معظم دول العالم الثالث ومجتمعاتها .

ومن ناحية أخري ، يجب أن نعترف صراحة ، وكما وضحنا ذلك في التحليلات النظرية السابقة ، أن هناك قصوراً واضحاً في معالجة النظرية السوسيولوجية لقضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، ليس فقط في دول العالم الثالث ، بل أيضاً في الدول المتقدمة ذاتها . ويرجع ذلك القصور ، نتيجة لعدم وجود نظرية سوسيولوجية متكاملة حتي الآن ، بل مازالت تتعثر المحاولات تجاه تكوين مثل تلك النظرية ، نتيجة لمجموعة من المشكلات التي نجمت عن الموضوعية ، وأحكام القيمة ، والمنهجية ، والتوجهات الأيديولوجية للبحث العلمي الإجتماعي وغير ذلك من مشكلات أخري متعددة. الأمر ، الذي نتج عنه بالطبع ، غياب الإستراتيجية العلمية من قبل علماء الإجتماع وتحليلاتهم السوسيولوجية لمعالجة قضايا السياسة الإجتماعية ، وطرحها للإستراتيجيات البديلة لعلاج الكثير من المشكلات الإجتماعية التي ظهرت في المجتمعات الحديثة في الوقت الراهن .

حقيقة ، أن هناك إختلافات شاسعة بين العالم الغربي المتقدم والعالم النامي حول سياسات الرعاية الإجتماعية . فهناك دول تعيش في " عالم الرفاهية " ، وأخري تعيش مراحل " الكفاف " أو " تحت مستوي الفقر " . ولقد عبرت عن ذلك تحليلات بعض علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية في العالم الغربي ذاته ، من أمثال دراسات ليفنجستون Livingstone ، وتيتموس Titmus ، وميردال Myrdal ، وتاونسند Townsend وغيرهم حول سياسات الرعاية الإجتماعية في دول العالم الثالث [٢٤] . حيث اهتموا بتحليل بعض قضايا السياسة الإجتماعية مثل التعليم ، والتغذية ، والصحة ، والإسكان ، والتحضر وغير ذلك من مشكلات متعددة ومقارنتها بالوضع الراهن في كل الدول المتقدمة والنامية . وعموماً وبالرغم ، من عدم حداثة مثل تلك التحليلات ، إلا أنها تكشف عن الكثير من مؤشرات سياسات الرعاية الإجتماعية في الدول النامية والحاجة الماسة لتبني سياسات حكومية أكثر فاعلية وكفاءة للنهوض بمستويات مجتمعاتها ، وتوفير الحاجات الأساسية لشعوبها ،

وتخطيها مراحل الكفاف أو مستويات الفقر . ومن ناحية أخري ، ترجع أهمية تلك التحليلات في توضيحها لتعاظم الفجوة بين مجتمعات الرفاهية ومجتمعات الدول النامية ، حول قضايا ومشكلات السياسة الإجتماعية .

وبالرغم من إعترافنا السابق ، بواقعية تلك الدراسات وتحليلها لأهم الأسباب التي أدت إلي توسيع " الفجوة " بين مجتمعات الرفاهية والنامية ، والتي ترجع بإيجاز إلي ؛ عدم الإستقرار الإجتماعي والسياسي ، وغياب الكوادر الإجتماعية الواعية ، وطبيعة السياسات التقليدية ، ومقاومة التغيير والتحديث ، وندرة الإحصاءات اللازمة وإنتشار الكوارث الطبيعية مثل الجفاف والتصحر والفيضانات وغيرها . إلا أننا نود هنا أن نضيف حقيقة هامة ومؤكدة ، وهي أن جزءاً كبيراً من تلك الأسباب يرجع إلي مراحل الحقبة الإستعمارية التي عاشتها معظم الدول النامية وحتي نهاية حقبة السبعينات من القرن الحالي ، والتي ساهمت أيضاً في "تورات" المجتمعات النامية ، للكثير من مقومات التخلف والوضع الإقتصادي والسياسي والإجتماعي الذي تعيش فيه حالياً .

وفي حقيقة الأمر ، يجب أن نشير إلي العديد من الجهود التي بذلت بالفعل في مجالات سياسات الرعاية الإجتماعية ، في غالبية دول العالم الثالث منذ منتصف هذا القرن ، وسعيها لتوفير الحاجات الأساسية لمواطنيها ، ومحاولتها لتقليل الفجوة بينها وبين الدول المتقدمة . ومن الملاحظ أيضاً ، أن هناك الكثير من الدراسات والتحليلات السوسيولوجية ، التي اهتم بها الباحثون من دول العالم الثالث ، والتي ظهرت بصفة خاصة في العقدين الماضيين ، وتناولت مشكلات أو مجالات الرعاية الإجتماعية ، ورعاية الطبقات العمالية ، والسياسات الزراعية والصناعية . كما اهتمت أيضاً بسياسات الرعاية للفئات الخاصة مثل المسنين ، والعجزة والمعوقين ، والأرامل، والأيتام ، والأحداث ، والمسجونين وغيرهم .

إلا إننا نلاحظ في نفس الوقت ، أن مثل تلك الدراسات مازالت معظمها يغلب

عليها الطابع الوصفي من الدرجة الأولي ، والإهتمام بالمراحل التطورية للإهتمامات بمجالات الرعاية الإجتماعية . ومن ثم ، جاءت الكثير منها ذات طابع سطحي عند معالجتها طبيعة تلك المشكلات وأسباب تفاقمها ، دون تحليل سبل الحد منها ، أو النهوض بمجالات ومؤسسات الرعاية الإجتماعية ، ورفع كفاءتها وفاعليتها لتحقيق أهدافها الأساسية في مجتمعات العالم الثالث . ومن ناحية أخري ، تكشف هذه الدراسات عن "هامشية التخصص" أو إنحصارها في مجالات تخصصات أصاحبها الضيقة، وهذا ماحدث بالفعل في الكثير من الدراسات الإجتماعية ، وأيضاً مجالات الخدمة الإجتماعية وتركيزها فقط علي الأنماط الإجرائية والوسائل غير الواقعية ، عند دراسة مشكلات وقضايا سياسات الرعاية الإجتماعية . الأمر ، الذي جعل مثل تلك الدراسات بعيدة عن التحليل السوسيولوجي المتعمق ، والإهتمامات النظرية الموجهة لها علي المستويين النظري والميداني معاً ، وإنخراط الكثير منها في إطار توجهات قيمية ، والبعد عن الموضوعية . ومن ثم ، فإننا نري ، أهمية تبني "المنهج التكاملي" من قبل القائمين علي دراسة سياسات الرعاية الإجتماعية ، والإهتمام بالنظرة التخصصية الشاملة ، وإكتساب المزيد من التعاون بين تخصصات العلوم الإجتماعية المختلفة ، حتي يسهم ذلك في التعرف علي مكونات وطبيعة سياسات الرعاية الإجتماعية والعوامل المتداخلة معها .

علاوة علي ذلك ، يمكن الإستفادة من منظور الدراسات المقارنة Comparative Studies Perspective ، عند دراسة وتحليل قضايا سياسات الرعاية الإجتماعية سواء بين الدول النامية ، أو بينها وبين الدول المتقدمة ، للتعرف علي تجارب تلك الدول في المجالات المختلفة ، مع الأخذ في الإعتبار التباين في الواقع الإجتماعي والسياسي والثقافي والإقتصادي أيضاً . نضيف إلي ذلك ، ضرورة الإشارة إلي أهمية النشاط الملحوظ الذي تقوم به المنظمات العالمية ، وخاصة منظمات الأمم المتحدة ومؤسساتها المختلفة في مجالات الرعاية الإجتماعية ولاسيما

منظمات اليونسكو ، واليونسيف ، والصحة ، والعمل الدولية ، وغيرها ، والتي تسهم في دراسة وتقييم تجارب دول العالم المختلفة ، وتطوير أساليب البحث والدراسة والتحليل ، وإستخدام الإحصاءات والحصول علي البيانات الدولية ، والحد من الموجهات الأيديولوجية وغير الموضوعية للدراسات والبحوث ، وطرح العديد من السياسات البديلة أو المقترحة ، والإستراتيجيات المستقبلية لتحديث مجالات الرعاية الإجتماعية ، ومحاولة وضع مؤشرات واقعية للتعرف علي سبل النهوض بمستويات الفاعلية والكفاءة لمؤسسات العمل الإجتماعي والعاملين بها في دول العالم الثالث .

تعقيب :

توضح التحليلات السابقة لقضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، بأنها تعتبر من القضايا الهامة التي تشغل إهتمامات علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية وغيرهم من علماء العلوم الإجتماعية المختلفة . ولقد تزايدت الإهتمامات مؤخراً نحو دراسة هذه القضية ، في محاولة للتعرف علي العوامل والأسباب المختلفة التي تسهم في تشكيلها بصورة عامة . ولكن لازالت السياسة الإجتماعية موضع جدل ونقاش حول طبيعة تعريفاتها وتحديد مفهوماتها الأساسية ، نظراً لأنها تتداخل مع غيرها من المفاهيم والقضايا المجتمعية الأخري ، الأمر الذي جعل من الصعوبة فهمها أو تحليلها ، دون دراسة تلك المفاهيم والقضايا المتداخلة معها .

وتعكس لنا دراسة المنظورات السوسيولوجية المختلفة التي تم تحليلها بصورة موجزة ، مدي إهتمام علماء الإجتماع بدراسة قضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، وذلك بالمشاركة مع العديد من علماء العلوم الإجتماعية . كما كشفت تلك المنظورات ، عن تباين في وجهات النظر بين العلماء والمهتمين بدراسة الرعاية الإجتماعية ، وبالرغم من هذا التباين ، إلا أننا نجد أن عملية وضع منظورات محددة ساهم في عملية التصنيف للأفكار والتصورات ، التي يطرحها العلماء والباحثون حول إحدي

القضايا السوسيولوجية لفهم أكثر ومتعمق ، للقضايا المتداخلة التي تشكل بدورها عملية سياسات الرعاية الإجتماعية في المجتمعات الحديثة .

حقيقة ، إننا نعترف صراحة ، أن إهتمامات علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية ، التي أشرنا إليها حول قضية السياسة الإجتماعية ، قد سبقها الكثير من التحليلات والدراسات ، التي وضع جذورها بالفعل مفكرون إجتماعيون وفلاسفة وعلماء السياسة والإقتصاد وغيرهم ، وذلك منذ أواخر القرن الماضي . فلقد كانت تحليلات سان سيمون ، ومونتسكيو ، وكانط ، وروسو ، وهوبز ، وأدم سميث وغيرهم ، من التحليلات الأولية التي ساهمت في تتبع تطور هذه القضية ، والإهتمام بها بشكل عام في القرن الحالي .

وبالرغم من ، إهتمامات علماء الإجتماع بدراسة قضية السياسة الإجتماعية ، فلقد جاءت متأخرة ، إلا أن تلك الإهتمامات لها صوتها في دراسة هذه القضية في المجتمع الحديث . ولقد جاء تأخير هذا الإهتمام كنتيجة طبيعية ، لتركيز إهتمامات علماء الإجتماع منذ أواخر القرن الماضي ، في وضع أسس علم الإجتماع ذاته ، الذي يعتبر علماً حديث النشأة بالمقارنة ببعض العلوم الإجتماعية الأخري ولاسيما السياسة والإقتصاد . ومن ثم جاءت معظم تحليلات علماء الإجتماع حول وضع أسس علمهم الجديد ، والتركيز علي دراسة البناءات الإجتماعية في إطارها العام، إلا أن تلك التحليلات - في نفس الوقت - تعرضت بصورة غير مباشرة أكثر منها مباشرة لقضية السياسة الإجتماعية . علاوة علي ذلك ، إن دراسة هذه القضية ، مازالت موضع جدل ونقاش بين علماء الإجتماع أنفسهم ، ويرجع ذلك إلي تباين وجهات النظر ، حول قضايا مثل المنهجية ، والموضوعية وأحكام القيمة ، والتوجهات النظرية والأيديولوجية وأولويات إهتمامات علماء الإجتماع ذاتها ، وغير ذلك من قضايا أخري .

إلا أن ذلك ، لاينفي حقيقة الإنجاز العلمي الذي حققه علماء الإجتماع، عند دراستهم لقضية السياسة الإجتماعية ، وذلك علي البعدين النظري والأمبريقي معاً . فبالرغم من التباين حول وجهات النظر بين علماء الإجتماع عند تحليلهم لهذه القضية ، إلا أن الكثير من التحليلات السوسيولوجية تبرهن علي وجود منظورات ومداخل سوسيولوجية واضحة ، ساهمت بالفعل في التعرف علي العوامل والأسباب التي تشكل قضية سياسات الرعاية الإجتماعية . ولقد سعي بعض الباحثين الإجتماعيين لدراسة مشكلات الإدارة الإجتماعية ، وإستخدام مدخل "الهندسة الإجتماعية" ، أو مداخل سياسات "الإصلاح الإجتماعي" ، أو مايعرف بمداخل "الحلول الجذرية" ، في وضع العديد من الإستراتيجيات البديلة لسياسات الرعاية الإجتماعية ، والتعرف بصورة أكثر وضوحاً علي العوامل التي تحيط بدراسة هذه القضية وخاصة علي المستوي الميداني .

علاوة علي ذلك ، إن حقيقة الإهتمام الأمبريقي أو الميداني من جانب علماء الإجتماع عند دراستهم لقضية السياسة الإجتماعية ، جاء كنتيجة طبيعية لتطور الإطارات التصورية والنظرية ، التي توجه إهتمامات هؤلاء العلماء في الدراسات الميدانية ذاتها . وربما ، نجد مثالاً علي ذلك ، في تطور منظور "الإتجاه الوظيفي" من المرحلة الكلاسيكية إلي المرحلة الحديثة والمعاصرة – وبالرغم من تعرض ذلك الإتجاه ، للعديد من الإنتقادات – والتي لسنا في موضع لمناقشتها حالياً – فلقد سعي أصحاب هذا الإتجاه الأوائل ، لتناول قضية سياسات الرعاية الإجتماعية ، وذلك بصورة متضمنة أثناء تحليلاتهم العامة أو الشاملة للبناء الإجتماعي ونظمه ومؤسساته المختلفة . ولكن مالبث أن تطور الأمر عند علماء "الإتجاه الوظيفي المحدثين" ، فتركزت إهتماماتهم بصورة أكثر واقعية علي دراسة قضايا سياسات الرعاية الإجتماعية في المجتمعات الحديثة ، وتحليلهم للعديد من المشكلات الإجتماعية والتنبؤ بها ، والمساهمة في عمليات التخطيط للسياسات الإجتماعية ، كما عمل الكثير

منهم مستشارين لمؤسسات وتنظيمات الرعاية الإجتماعية بصورة أساسية . وبالطبع ، لقد ساهم في ذلك ، عدة عوامل مجتمعة منها علي سبيل المثال ، الوضوح النظري وبلورة الأفكار والتصورات الأساسية ، وتنوع التخصصات العلمية ، وإثراء العملية المنهجية ، نظراً لتعدد طرق وأدوات البحث المختلفة . علاوة علي ذلك ، ظهور فروع علم الإجتماع المتخصصة ، وأصبح تناول قضية سياسات الرعاية الإجتماعية ذاتها يدخل تحت إحدي تلك الفروع والذي يطلق عليها حالياً بسوسيولوجية الرفاهية Sociology of Welfare .

وهكذا ، فإن دراسة قضية السياسة الإجتماعية ، تعتبر إحدي القضايا الأساسية ، التي يهتم بها علماء الإجتماع في الوقت الحاضر ، ولقد تعددت الأسباب حول جعل تلك القضية في إعداد القضايا الثانوية من جانب تحليلات علماء الإجتماع وخاصة في المراحل الأولي لنشأة علم الإجتماع ذاته وتركيزه علي مناقشة قضاياه الأساسية التي انطلق من أجلها منذ أواخر القرن الماضي . ومن ثم ، يمكن تفنيد الدعاوي التي تدعي ضرورة الفصل بين تحليلات قضايا السياسة الإجتماعية ، وإهتمامات علم الإجتماع ذاته . فعلم الإجتماع لم يكن بعيداً ، عن طرح العديد من القضايا التي تتعلق بمجالات السياسة الإجتماعية . فالمتعمق لدراسة جذور نشأة علم الإجتماع ، يجد مدي إهتمام علمائه الأوائل ، بتحليل تلك القضية بصورة غير مباشرة ومباشرة في نفس الوقت . علاوة علي ذلك ، أن جميع فروع علم الإجتماع المختلفة بالرغم من تنوع تخصصاتها ، عالجت قضايا السياسة الإجتماعية . فعلم الإجتماع الصناعي علي سبيل المثال ، اهتم بمعالجة قضايا وسياسات الأجور وتشريعات العمل ، وأساليب الرعاية المهنية داخل تنظيمات العمل وخارجها ، وكيفية تطوير بيئة العمل وتحديثها لخدمة العاملين بها . كما اهتم بسياسات التدريب والتأهيل المهني ، والأمن الصناعي ، وحماية العاملين من البطالة ، والعجز ، والحوادث الصناعية وغيرها .

وينطبق ذلك علي علم الإجتماع الطبي ، الذي اهتم بمعالجة قضايا السياسة والرعاية الإجتماعية ، والإهتمام بالصحة العامة وتحسين أساليب العلاج والرعاية الصحية ، ومعالجة الفئات الخاصة مثل المعوقين ، وكبار السن ، والعجزة وغيرهم . كما سعي لتحليل العلاقة بين تطوير أساليب الرعاية الإجتماعية والبناءات والنظم والمؤسسات الإجتماعية والعلاجية . وتناول مشكلة الرعاية الصحية وعلاقاتها بالدخل والطبقة ، والمهنة ، والفقر ، والوضع الإجتماعي ، والبيئة الإجتماعية وغير ذلك من قضايا متعددة .

واهتم أيضاً علم الإجتماع الإقتصادي ، بدراسة قضايا السياسة الإجتماعية والإقتصادية في المجتمع الحديث ، فتناولا قضايا هامة مثل ، البطالة والعمالة ، وسياسات الأجور ، وتوفير الحاجات الأساسية ومنها العمل . ودراسة سياسات الإستهلاك والترشيد ، والإدخار ، والملكية ، والعرض والطلب وغير ذلك من ظواهر إقتصادية وإجتماعية تتأثر بطبيعة البناءات والنظم الإجتماعية . وتناول علم إجتماع التنظيم قضايا هامة ، ترتبط بتحسين سياسات الرعاية الإجتماعية والإقتصادية والسياسية معاً . فسعي لدراسة أساليب تحسين الكفاءة والفاعلية والأداء التنظيمي للعاملين ، ومؤسسات الرعاية والخدمة الإجتماعية . والتي تمثلت في المدارس ، والمستشفيات ، والمصانع ، والسجون ، ومؤسسات الأحداث وغيرها من الفئات الإجتماعية الخاصة . ولقد تركزت تلك الإهتمامات لتفسير العوامل المتدافعة التي تؤثر علي مشكلات البيروقراطية وكفاءة التنظيمات الإجتماعية ، التي تعمل سواء في قطاع الخدمات أو مايسمي بالقطاعات غير الإنتاجية والإنتاجية علي حد السواء .

حقيقة ، قد يطول بنا الحديث عند تناول مدي علاقة كل فرع من فروع علم الإجتماع منذ نشأته حتي الآن بدراسة قضايا السياسة الإجتماعية . فلا أحد ينكر أيضاً ، مدي إسهامات علم إجتماع الأسرة أو الحياة العائلية ، بدراسة دور الأسرة في التنشئة الإجتماعية ، وعلاقة الأسرة بالتنظيمات والمؤسسات الإجتماعية الأخري

. وهذا ينطبق أيضاً علي إهتمامات علم إجتماع التربية ، وعلم إجتماع المجتمعات المحلية ، وإهتماماتها بتطوير المجتمع المحلي وتنميته ، وتطوير سياسات وأساليب الرعاية الإجتماعية بشكل عام .

وفي النهاية نستطيع القول ، أن " أزمة علم الإجتماع " في العالم عامة وفي المجتمعات النامية بوجه خاص ، مازالت تكمن في مشكلة الإهتمام بتفسير الواقع الإجتماعي لهذه المجتمعات ، وتحليل مشكلاتها الأساسية ، ومنها بالطبع مشكلة السياسة الإجتماعية . فلقد حان الوقت ، لتوجيه النظرية السوسيولوجية – بالرغم من إعترافنا بقصورها حتي الآن – نحو معالجة القضايا الأساسية التي تحول دون تحقيق سياسات إجتماعية أفضل في المجتمعات النامية . فما زالت المشكلات الإجتماعية تتضخم بصورة مستمرة ، نظراً لغياب سياسات التخطيط للرعاية الإجتماعية ، أو طرح " إستراتيجيات بديلة " تنبع من واقع الدول النامية ، وتسهم في تخفيف حدة هذه المشكلات وآثارها السلبية علي الفرد والمجتمع معاً . حقيقة ، أن مشكلاتنا في العالم الثالث ، مازالت مكرسة نحو توفير الحاجات الأساسية ، ولكن يجب تطوير تلك الحاجات أيضاً ، نحو خلق وإعداد المواطن وزيادة روح الولاء والإنتماء والأمن الإجتماعي .

الهوامش والمراجع :

(1) Titmuss , R., M., Social Policy (ed. by B. Abel Smith & K. Titmuss, London : George Allen & Unwin LTD., 1977, pp. 21 - 25.

(٢) نستخدم أحياناً مفهوم "السياسة الإجتماعية" مرادفاً لمفهوم "سياسات الرعاية الإجتماعية" وأحياناً يستخدم بصورة عكسية ، ولكنهما يشيران لشئ واحد وذلك في إطار تحليلنا لهذه القضية .

(3) Titmuss , R., op. cit., p. 25.

(4) Marshall, T. H., Social Policy in The Twentieth Century, (4 ed.), London : Hutchinson & Co., Publish LTD., 1977, pp. 9 - 13.

(٥) لمزيد من التفاصيل حول تلك العقبات التي تثار عند دراسة قضية سياسات الرعاية الإجتماعية وخاصة تلك العقبات المتعلقة بتحقيق "الرفاهية" باعتبارها أكثر الأهداف حيوية أنظر : - Ibid , pp. 14 - 15

(6) Parker, J. , Social Policy and Citizenship , London : The Macmillan Press LTD, 1975, Chap. (9).

(7) Ibid, p. 167.

(٨) يستطيع القارئ أن يجد تحليلاً مفصلاً حول تلك النماذج التي طرحها (تيتموس) ومعالجته لها بصورة واقعية ، ومدي تصوره لهذه النماذج وكشفها عن الكثير من القضايا المتعلقة بعملية سياسات الرعاية الإجتماعية ، وتناولها من قبل علماء الخدمة والإدارة الإجتماعية وعلماء الإجتماع والأنثربولوجيا وغيرهم . انظر :

- Titmuss , R. M., op. cit., Chap. (3) , (4) , (5) .

- كما توجد مجموعة من التعريفات المختلفة حول السياسة الإجتماعية التي تناولها تيتموس بشئ من التحليل ، ارجع في ذلك إلي نفس المرجع وخاصة الفصل الثاني .

- من ناحية أخري ، توجد بعض الدراسات العربية الهامة التي سعت لتعريف وتصنيف مفاهيم السياسة الإجتماعية علي المستويات الغربية والعربية ، والإشارة إلي المفاهيم المتداخلة حول السياسة الإجتماعية بصورة عامة . انظر :

- محروس محمود خليفة ، السياسة الإجتماعية والتخطيط في العالم الثالث : الأسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٦ ، (الفصل الأول) .

(٩) لمزيد من التفاصيل حول إسهامات (بيتر تونسند) الهامة حول مفهوم السياسة الإجتماعية منذ منتصف القرن التاسع عشر ، حتي الثمانينات من القرن الحالي ، والعلاقة بين قضية السياسة الإجتماعية وعلماء الإجتماع . ارجع إلي :

- Townsend, P. Sociology and Social Policy , Harmondswords, Penguin, 1976.

- Townsend, P. Guerrillas, Subordinates and Passers - by : The relationship between sociologists and social policy, journal of Critical social policy , vol. (1) , N. (2), Aut. 1981, pp. 22 - 34 .

- Townsend, P. Poverty in The U. K. , Harmondsworth, Penguin, 1979.

(١٠) للمزيد من التفاصيل ارجع إلي :

- Titmuss, R. M., op. cit., chap. 1 & 2 .

(11) Townsend, P. Sociology and Social Policy , op. cit. pp. 1 - 3.

(١٢) توجد بعض الدراسات العربية الهامة التي تناولت تحليلات علماء الإجتماع الأوائل وإسهاماتهم في قضية السياسة الإجتماعية ، وعلاقة تلك التحليلات بكل من النشأة التطورية للمجتمع الحديث من ناحية ، ولعلم الإجتماع من ناحية أخري لمزيد من التحليلات ارجع إلي :

- محمد أحمد بيومي ، علم الإجتماع وقضايا السياسة الإجتماعية وتشريعاتها، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٨ .

(١٣) حول إسهامات "فيبر" في منظمة السياسة الإجتماعية في المانيا ، ارجع إلي :

- عبد الله محمد عبد الرحمن ، علم إجتماع التنظيم ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية – ١٩٨٧ .

(١٤) يمثل التصنيفات الأولي ، محاولة "راميش ميشرا R. Mishra وتحديده لقضايا الرعاية الإجتماعية معتمداً في ذلك علي تحليلات كل من علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية وغيرهم من المفكرين الإجتماعيين الأوائل . لمزيد من التحليل ارجع إلي :

- Mishra, R., Society and Social Policy : Theories and Practice of Welfare (2 Ed.) London : The Macmillan Press LTD., 1981.

- أما التصنيفات الثانية فإنها تتمثل في كتابات ومحاولة جوليان باركر J. Parker ، والتي سعت فيها إلي تصنيف أهم المنظورات السوسيولوجية وتناولها لقضية السياسة الإجتماعية بين المنظورات (الوظيفية ، والإشتراكية ، والليبرالية)

انظر.

- Parker , J. op. cit., chap. (1) .

(15) Mishra , R., op. cit., (esp. part. (1)).

(١٦) يستطيع القارئ أن يجد تحليلات هامة عن " فكرة المواطنة " وعملية إحيائها من بين الأفكار العديدة التي ارتبطت بقضية السياسة الإجتماعية وخاصة بعد عمليات التحول التي حدثت للمجتمعات الحديثة ، وعلاقة ذلك بطبيعة البناء الإجتماعي الأسري ونسق القرابة وغير ذلك من الانساق الأخري ، في المرجع التالي :

- Parker , J., op. cit., chap. (2) .

(١٧) لمزيد من التحليلات ارجع إلي :

- Wedderbruns D., "Facts and Theories of The Welfare State" in R.Miliband & J. Sarille (ed.), Sociologist Register 1965, London : Morlin , pp. 65 - 139 .

(١٨) توجد بعض التحليلات الهامة لعلماء المدرسة الوظيفية والتي تمثلت في أعمال كل من بارسونز ، وبندكس ، ولاسكي ، وخاصة تصوراتهم حول مفهوم "المواطنة" وعلاقته بفكرة التضامن الإجتماعي ارجع علي سبيل المثال :

- Parsons, T., The System of Modern Societies (Englowood Cliff, N.J.: Prentic - Hall , 1971.

- Bendix, R., Nation Building and Citizenship, N.Y. : John, Willy, 1964.

- Lenski, G., Power and Privilege, N. Y. : McGreen Hill, 1976.

(19) Mishra, R., op. cit., p. 49.

(20) Ibid, p. 68.

(21) Ibid, p. 74.

(٢٢) محمد أحمد بيومي ، مرجع سابق ، ص ٦٦ – ص ٦٧ .

(٢٣) لمزيد من التفاصيل ارجع إلي :

- Pinker, R., Social Theory and Social Policy , London : Heineman, 1977, chap. (1) .

- انظر أيضاً في هذا الصدد :

- Macrad, D., (ed.) Spencer : The man verrus The State, Harmondsworh, Penguin, 1969, pp. 14 - 35.

(٢٤) حول إسهامات دوركايم في تحديث السياسة التعليمية بفرنسا ، وعلاقة تلك الإسهامات بنظريته حول التضامن والتماسك الإجتماعي ارجع إلي :

- عبد الله محمد عبد الرحمن ، سوسيولوجيا التعليم الجامعي : دراسة في علم الإجتماع التربوي ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩١ ، خاصة الفصل الثاني .

(25) Mishra, R., op. cit., pp. 52 - 53 .

(٢٦) انظر ، عبد الله محمد عبد الرحمن ، علم إجتماع التنظيم ، مرجع سابق ، خاصة الفصل الثالث .

(27) Durkheim, E., Suicide, London : Routledge & Kegn Paul Co., 1951.

(٢٧) ارجع في هذا الصدد للمزيد من التحليلات حول إسهامات ماكس فيبر في منظمه السياسة الإجتماعية ،

- عبد الله محمد عبد الرحمن ، المرجع السابق ، خاصة الفصل السادس .

(٢٨) انظر :

عبد الله محمد عبد الرحمن ، سوسيولوجية التعليم الجامعي ، مرجع سابق ، الفصل الثالث .

(٢٩) للمزيد من التفاصيل انظر :

محمد أحمد بيومي ، مرجع سابق ، ص ٧٣ – ص ٧٤ .

(30) Mishra, R., op. cit., pp. 53 - 61 . Townsend, p. Sociology and Social Policy , op. cit., pp. 13 - 14 .

(٣١) عبد الله محمد عبد الرحمن ، مرجع سابق ، الفصل الثالث .

(32) Parsons. T., The Social System, N. Y. , The Free Press 1975. Also see : Parsons, T., " The Sick Role and The Role of Physican Reconsidered" in The Millbank Memorial Fund Quarterely No. (55), 1975, pp. 257 - 278.

(٣٣) للمزيد من التفاصيل ارجع إلي :

- Semelser, J. N., " Toward a Theory of Modernization" in A. Etzioni & E. Etzioni, (ed.) The Social Change, N. Y. : Basic Books, 1974, pp. 261 - 268 .

(٣٤) ارجع للمزيد من التحليلات :

محمد بيومي ، مرجع سابق ، ص ٩٢ – ص ١٠٤ .

المبحث الثاني

ابعاد وحجم مشكلة المعوقين

تمهيد :

(١) المستوي العالمي .

(٢) المستوي العربي .

(٣) المستوي الخليجي .

تمهيد :

تعتبر مشكلة المعوقين ورعايتهم من المشكلات الإجتماعية التي تمتد جذورها إلي العصور القديمة والوسطي ، إلي أن وصلت إلي الوضع الذي عليه حالياً في العصر الحديث . ولكن تختلف بالطبع أساليب الرعاية ونوعيتها حسب الوضع السياسي والإقتصادي والإجتماعي والديني الذي كان سائداً في كل عصر من هذه العصور . وكما تكشف لنا حقائق التاريخ ، إن رعاية المعوقين كانت موجودة في العصور القديمة الفرعونية وبلاد الهند وغيرها من المجتمعات الشرقية ، بينما عاشت تلك الفئات بعيداً عن أي أنواع من الرعاية لها في المجتمعات الأوروبية القديمة . وسادت العصور الوسطي الإسلامية أزهي عصور الرعاية المتنوعة للمعوقين ، وذلك في إطار سياسات التكامل والتكافل الإجتماعي للإسلام ، بينما كانت تعيش المجتمعات الأوروبية في عصور ظلامها ، نتيجة للوضع السياسي والإجتماعي والديني الذي كان سائداً بالفعل .

ولكن مالبثت ، وتغيرت كثيراً من الأوضاع الإقتصادية والسياسية والإجتماعية في عصور الإصلاح والنهضة ، وبدأت تعيش المجتمعات الأوروبية فترات التحول نحو المجتمع الحديث . الأمر ، الذي أدي بدوره للإهتمام بالفئات الإجتماعية الفقيرة ومنها رعاية المعوقين وغيرها من الفئات الخاصة الأخري في المجتمع الحديث ، حيث ظهرت العديد من التشريعات والقوانين الإصلاحية ، التي ركزت نحو هذه الفئة الإجتماعية ، وإن كان تم ذلك بالطبع بصورة تدريجية .

ويشهد القرن الحالي ، إهتمامات ملحوظة برعاية المعوقين وذلك علي المستوي العالمي ، ولقد استغرقت تلك الإهتمامات فترات طويلة من التطور والاعداد ، تعكس نوعية الأزمات والتغيرات العالمية التي حدثت خلال هذا القرن . وتعتبر فترة مابعد الحربين العالميتين ، أكثر الفترات أهمية نحو توجيه الإهتمام برعاية المعوقين ، نتيجة لما أحدثته تلك الحروب من آثار كبيرة في عالم المعوقين والإعاقة . علاوة علي ذلك ،

كان لظهور عصر الصناعة الحديثة ، وإستخدام التكنولوجيا المتطورة من إسهامات كبيرة في إرتفاع نسبة المعوقين ، ونضيف إلي ذلك ، ظهور الكثير من المشكلات الإجتماعية الأسرية ، وتنوع مجالات المرض والإصابة . وبإيجاز ، ساهمت تلك العوامل وغيرها ، وصدور العديد من التشريعات القومية والعالمية لتوجيه الإهتمام بالمعوقين ، وزيادة عدد مؤسسات الرعاية الإجتماعية والنفسية والطبية لهم .

ويعتبر بداية عقد الثمانينات ، من أكثر المراحل في تاريخ تطور سياسات رعاية المعوقين علي المستوي العالمي بأسره ، حيث اعتبر عام ١٩٨١ عاماً دولياً للمعوقين ، وإزدادت الإهتمامات العالمية نحو رعايتهم وخاصة بعد أن كشفت الكثير من الدراسات والمسوح الميدانية ، مدي تفاقم حجم هذه المشكلة عالمياً ، وتزايد عدد المعوقين بصورة طردية سنوياً . وعلي أية حال ، سوف نسعي حالياً – وبصورة موجزة – للإشارة إلي التطور التاريخي لرعاية المعوقين ، وحقيقة أبعاد وحجم تلك المشكلة ، علي المستوي العالمي ، والعربي ، والخليجي .

١ – المستوي العالمي :

تشير بعض التحليلات التاريخية لتطور رعاية المعوقين في الحضارات القديمة اليونانية والرومانية ، إلي أن هناك بعض الإشارات التي توضح إهتمام التشريعات الإجتماعية والقانونية للحد من الإعاقة والمعوقين . حيث كانت تشكل في أسبرطة لجنة من الأعيان وشيوخ المدينة للنظر في حالة المعوقين المولودين ، وكانت تقرر تلك اللجنة أحقية البقاء أو الخلاص من المعوقين منذ الولادة . وفي الواقع ، أن مثل تلك الإجراءات ، كانت إنعكاساً للفلسفات اليونانية للسكان قديماً ، والذي وضع أسسها كل من أفلاطون وأرسطو ، وذلك في ضوء نظرياتهما عن الحد الأمثل للسكان وضرورة التخلص من الأطفال المعوقين وخاصة في المراحل الأولي بعد الولادة [١].

أما في روما ، فلقد حث القانون الروماني للحد من تشغيل كبار السن من المعوقين وخاصة الأعمال الشاقة ، وظل ذلك القانون حتي عهد الإمبراطور (جوستينوس

Justinias) في القرن الخامس عشر والذي أمر أيضاً بتحرير المعاقين الصم [٢].

وبالرغم من وجود بعض الحقائق التي توضح رعاية المعوقين في العصور الوسطي الأوروبية ، إلا أن الأمر إزداد سوءاً في مراحل الإنتقال من تلك العصور إلي العصر الحديث ، وأصبحت بصورة عامة مشكلة رعاية المعوقين ضمن المشاكل الإجتماعية والصحية الأخري ، التي لم تنل أدني إهتمام لها نتيجة لطبيعة الأوضاع السياسية والإقتصادية والإجتماعية المتدهورة ، التي كان يعيشها المجتمع الأوروبي بصورة عامة [٣] . وتؤكد تحليلات كل من جون هنلن J. Hanlen ، وجورج بيكت G.Pickett [٤] ، أن معظم حالات المعوقين كانت تعالج بصورة سيئة في العصور الوسطي الأوروبية ، وخلال مراحل الإنتقال إلي المجتمع الحديث ، حيث كان يوضع معظم المعوقين في السجون للإعتقاد بأنهم مصابون بالأرواح الشريرة ، وظل هذا الوضع تقريباً حتي نهاية القرن الثامن عشر ، وبالتحديد حتي عام ١٧٩٠ ، حين ظهرت مجموعة من الإصلاحات والتشريعات الإجتماعية والصحية من أجل رعاية وعلاج للمعوقين والتي ساهم في إصدارها أحد الأطباء الفرنسيين وهو بينه P.Pinel ، الذي سعي لعلاج المعوقين في المستشفيات بدلاً من وضعهم في السجون. وما لبثت أن انتقلت تلك الإصلاحات إلي العديد من الدول الأوروبية والولايات المتحدة بعد ذلك ، وكان لظهور مرحلة العلم الحديث وخاصة علوم الطب والنفس وغيرها من إسهامات إيجابية في مجال رعاية المعوقين مع بداية القرن الحالي .

وتوضح بعض دراسات المؤرخين في مجال تأهيل ورعاية المعوقين من أمثال ليوكانير Leokanner ، وبلانشتي Blanchet ، أن رعاية المعوقين كانت إلي حد ما شبه معدومة في أوروبا ، وذلك حتي بداية القرن السابع عشر ، ولكن مع بداية عصر النهضة الأوروبية ، شهدت بعض الدول الأوروبية إهتمامات برعاية المعوقين ، إلا أنها اقتصرت فقط علي أبناء الأعيان والأمراء والأثرياء فقط . ففي أسبانيا ، كشفت

بعض الكتابات عن وجود بعض المعالجين للمعوقين من أمثال بابلو بونت Paplo Bonnet ، الذي اهتم بمعالجة أبناء الأثرياء في قشتالة . كما ظهر الطبيب بيدرو بونسي Pedro Ponce ، الذي قام برعاية الأطفال الصم الثلاثة لحاكم أسبانيا فالسكو Valsco . وفي بريطانيا ، اهتم جون واليس J. Wallis بتعليم النطق للأطفال الصم ، وإستخدام حواس الإنسان العادية ، وذلك حتي بداية القرن الثامن عشر . أما في سويسرا ، فكان يوجد طبيب عربي وهو جون كونراد عمان J. C. Amman ، الذي قام بعلاج بعض الأطفال شديدي الإعاقة السمعية أيضاً في كل من فرنسا وهولندا (٥) .

وبعد ذلك ، توالت الإهتمامات برعاية المعوقين في أواخر عصر النهضة ، فظهرت أول المدارس الخاصة بمعالجة المعوقين ، وكان ذلك في عام ١٧٦٠ بباريس بواسطة الراهب دي اليبي De Lepee . كما ابتكر أول قاموس للتعامل بالإشارات مع الصم والبكم وذلك في عام ١٨٠٨ بواسطة سيكار Sicar . واهتم بإنشاء مدارس للصم والبكم وتعليم المعوقين خاصة بعد قيام الثورة الفرنسية . أما فئة المعاقين عقلياً ، فلم يعط لهم أدني إهتمام إلا بعد منتصف القرن التاسع عشر ، وخاصة بعد جهود الأطباء الفرنسيين من أمثال ج . ايتارد J. Itard ، وايسيرو Esuirop ، وسيجا Segain وغيرهم ، الذين قاموا بتحليل شخصيات المعوقين عقلياً ، ومعرفة سبل علاجهم بالمستشفيات ، ومالبث أن انتشرت تلك الجهود إلي كل من بريطانيا والولايات المتحدة وذلك في أواخر القرن التاسع عشر . وفي عام ١٨٤٠ ، انشئ في سويسرا مركز خاص لتربية وتأهيل المعوقين عقلياً ، وذلك بواسطة الطبيب جوجنبيه Goggenbuhi ، الذي ساهم في إنتشار مثل تلك المراكز لرعاية هذه الفئة في العديد من الدول الأوروبية وخاصة في كل من الدنمارك ، والنمسا ، والمانيا.

ومن منظور تطوري تاريخي للمراحل الأولي ، لنشأة المؤسسات التربوية والعلاجية الخاصة بالمعوقين في أوروبا ، التي بدأت بالفعل مع أواخر القرن التاسع

عشر. نجد أنه قد أنشئ في فرنسا حوالي سبعين مؤسسة في النصف الأخير من ذلك القرن ، وبلغ عدد تلك المؤسسات في كل من ألمانيا وروسيا علي حده مائة مؤسسة ، وثماني عشرة مؤسسة أخري في سويسرا . أما في المملكة المتحدة ، فكان عدد تلك المؤسسات سبعاً فقط ، حيث أنشئ أولها في عام ١٨٦١ بمدينة لندن . ولم يتجاوز نصيب الولايات المتحدة إلا خمس عشرة مؤسسة فقط ، خلال تلك الفترة (النصف الثاني من القرن التاسع عشر) . وبإيجاز ، كانت تلك المرحلة ، أولي البوادر لمحاولة الإهتمام بالمعوقين ، وإن كانت تتميز بعدم إدماج المعوقين في المجتمع ، وإقتصارها علي الرعاية الصحية فقط .

أما المرحلة التالية ، التي بدأت مع أوائل القرن الحالي ، فلقد كرست الجهود، لمحاولة إدماج المعوقين وخاصة المعوقين عقلياً ، وظهر ذلك بصورة مميزة في كل من فرنسا وألمانيا ، وانتقل هذا الإهتمام بعد ذلك لكل من المملكة المتحدة والولايات المتحدة ، حيث اهتم عموماً بإعداد الكوادر المدربة لتعليم وتأهيل المعوقين ، والسعي لإدماجهم في المجتمع . أما فئة المعاقين حركياً فلم يهتم بهم بصورة ملحوظة ، إلا بعد إنتهاء الحرب العالمية الأولي ، وذلك نتيجة للضغوط الإجتماعية المتعددة ، وإنشاء جمعيات وهيئات المحاربين ، والجمعيات الأخري التي دعت للإعتراف بحقوق هذه الفئات الإجتماعية وأحقية رعايتهم في المجتمع الحديث . وفي الواقع ، ساهم في ذلك الإهتمام لكل من المعوقين عقلياً وحركياً ، إنتشار دراسات علم النفس ، وإستخدام مقاييس الذكاء الذي بدأه بالفعل العالم الفرنسي الوار بينه A. Binet ، واستخدم بعد ذلك علي نطاق واسع في العديد من الدول الأوروبية . علاوة علي ذلك ، كان لتطور علوم الوراثة والأحياء إسهامات ملحوظة في مجال رعاية المعوقين .

ويشهد النصف الأخير من هذا القرن ، أي بعد عام ١٩٥٠ ، مرحلة جديدة ، وتطورات ملحوظة في مجال الإهتمام بالمعوقين ، وساعد علي ذلك ظهور الإهتمامات الدولية بهذه الفئة ، بعد الحرب العالمية الثانية مباشرة ، وأدركت الكثير من دول العالم

أهمية المعوقين غير القادرين ذهنياً وحركياً . وبالطبع ، ظهرت الكثير من المشاكل المالية التي ساهمت في بطء عمليات الإعداد والتنفيذ . ولكن مالبثت أن تزايدت الإهتمامات العالمية ، وأيضاً السياسات الحكومية القومية ، وصدر العديد من التشريعات القانونية والإجتماعية والصحية ، وحقوق المعوقين في الحياة والعمل . كما كانت لإسهامات التقدم الطبي الحديث ، بإنجازات هامة في مجال الرعاية الصحية للمعوقين ، ومن أهم تلك الإنجازات إكتشاف لقاح ضد مرض شلل الأطفال عام ١٩٥٦ ، والذي ساهم في تخفيض نسبة المعوقين إلي النصف تقريباً . هذا بالإضافة إلي ، تقدم مجال طب العيون ، والحد من الإصابات المتزايدة للأطفال المكفوفين أيضاً ، وينطبق ذلك علي العديد من الإسهامات الطبية الأخري في مجال أمراض الحصبة وغيرها .

ومن ناحية أخري ، شهدت حقبة السبعينات والثمانينات ظهور العديد من التشريعات العالمية ، وتطبيق فكرة الحقوق الطبيعية للمعوقين ، وضرورة تأهيلهم والبحث عن وسائل جديدة لعلاجهم ورعايتهم ، ولقد ساهم ذلك في إكتشاف طرق وأساليب تأهيلية متعددة . وفي الواقع ، كان لإهتمام المنظمات العالمية أدوار إيجابية هامة في مجال رعاية المعوقين ، وخاصة جهود هيئة الأمم المتحدة والمنظمات المتعددة التابعة لها ، ولقد توجت هذه الجهود في سلسلة من الإجراءات العملية ، بدأت بإعلان الأمم المتحدة لحقوق الطفل ، والمعوقين . الأمر ، الذي جعل عام ١٩٨١ عاماً دولياً لرعاية المعوقين ، وخاصة بعد أن سبق ذلك سلسلة من الدراسات والبحوث الميدانية ، التي كشفت عن نتائج هامة تتعلق بأولوية الإهتمام بمشكلة المعوقين ، والذين بلغت نسبتهم علي المستوي العالمي حوالي ١٠٪ من العدد الإجمالي للسكان .

وتكشف بعض الإحصاءات العالمية ، عن مدي زيادة حجم مشكلة المعوقين عالمياً وعن تلك النسبة السابقة والتوقعات المستقبلية لأبعاد هذه المشكلة وحتي عام ٢٠٠٠ . ومن أهم تلك الإحصاءات (٧) ، أن إجمالي نسبة المعوقين في الدول المتقدمة

تصل (عام ٢٠٠٠) إلي ١٣٦ مليون ، من بينهم ٦ر٨١ مليون شديدي الإعاقة . أما الدول النامية ، فسوف يصل عدد المعوقين بها إلي ٧ر٧٠٩ مليون معاق ، من بينهم ٨ر٤٢٥ مليون شديدي الإعاقة . وطبقاً لإحصاءات عام (١٩٨١) ، والتي تشير إلي إجمالي المعوقين عالمياً تقدر نسبتهم ١٠٪ من الإجمالي العام للسكان ، ولكن نجد هناك تفاوتاً كبيراً بين الدول المتقدمة والنامية ، فلقد بلغ متوسط المعوقين ٨٪ في الدول المتقدمة ، أما الدول النامية فيرتفع هذا المتوسط إلي ٥ر١٣٪ ، بينما يصل إلي ٢٠٪ في الدول الأكثر تخلفاً . كما يلاحظ أيضاً ، علي تلك المؤشرات الإحصائية معدلات الزيادة السنوية وتباينها بين الدول المتقدمة والنامية ، فلقد بلغ معدل الزيادة السنوية للمعوقين في الدول المتقدمة ٧٥ر٠٪ ، بينما يرتفع هذا المعدل إلي حوالي ٥٦ر٢٪ في الدول النامية .

٢ - المستوي العربي :

تؤكد الكثير من كتابات المؤرخين عن وجود أنواع متعددة من الرعاية الإجتماعية في العصور القديمة في مصر الفرعونية ، وكان ذلك في إطار العقيدة الدينية وطبيعة الحياة الإجتماعية ، هذا بالرغم من وجود الكثير من مظاهر الإستبداد الذي كان يمارسه الفراعنة علي العديد من الفئات الإجتماعية . وتعكس العديد من التحليلات التاريخية ، عن مدي إهتمام بعض الملوك والفراعنة بأنماط من الرعاية الإجتماعية ، ومنهم علي سبيل المثال " امنمحات الأول " ، و "رمسيس الثاني" وغيرهما، حيث أعطيا إهتماماً ملحوظاً برعاية الفقراء والأيتام والأرامل والعجزة والمحتاجين بصفة عامة . وبالطبع ، ساهم في ذلك طبيعة الدور الديني لرجال الكهنة، وعملية تنظيم العلاقات الإجتماعية والدينية ، والإهتمام بما يسمي بالفئات الإجتماعية الخاصة . (٨)

وتعتبر العصور الوسطي ، من أهم العصور التاريخية التي اهتم فيها بالرعاية الإجتماعية في البلاد العربية . نتيجة لمجئ الإسلام ، ومبادئ التكافل

والتكامل الإجتماعي ، التي يرتكز عليها الدين الإسلامي في توجيهه للحياة الإجتماعية والإقتصادية والسياسية بصورة عامة (٩) . فلقد حرص الإسلام ، منذ أيام الرسول عليه الصلاة والسلام ، علي الرعاية الإجتماعية ، والمساواة بين الفئات من البشر ، والعدل ، والإحسان ، وذلك إنطلاقاً من توجيهات القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة . كما أعطيت الكثير من الحقوق لغير القادرين من الضعفاء والمرضي والمعوقين ، فيقول عز وجل "ليس علي الأعرج حرج ، ولا علي المريض حرج " (سورة النور)، كما جاء في سورة (عبس) قصة (ابن أم مكتوم) ، حيث يقول سبحانه وتعالي معاتباً سيدنا محمد عليه الصلاة والسلام "عبس وتولي ، أن جاءه الأعمي ، ومايدريك لعله يزكي ، أو يذكر فتنفعه الذكري " الآيات ١ – ٤ . ويؤكد لنا القرآن الكريم علي ضرورة الإهتمام بالضعفاء عموماً ، وذلك في مواضع كثيرة أخري ، فيقول تبارك وتعالي في (سورة الضحي آيات ٩ – ١١) " فأما اليتيم فلا تقهر ، وأما السائل فلا تنهر ، وأما بنعمة ربك فحدث " . وأيضاً في (سورة المعراج آية ٢٤ – ٢٥) " والذين في أموالهم حق معلوم للسائل والمحروم " صدق الله العظيم .

وطبقاً لتعاليم الإسلام ، حدد سبل التكافل الإجتماعي عن طريق إحدي أركان الإسلام الأساسية وهي الزكاة ، فأوضح أن أهم الفئات الإجتماعية التي هي أولي بالحصول عليها هم الفقراء والمساكين ، وفي الرقاب ، والغارمون ، وابن السبيل . حقيقة ، إن الحديث قد يطول حالياً في عرض توجيهات الدين الإسلامي ، نحو رعاية الفقراء والمحتاجين والعجزة بصورة خاصة . ولقد اعتمد الإسلام وسائل متعددة للرعاية الإجتماعية والتي تقوم علي أسس سليمة ومتكاملة ، حيث تعتمد تلك الوسائل علي أسلوبين أساسيين هما : أولاً ، أسلوب التوجيه للمسلمين نحو تنفيذ الشريعة الإسلامية ، والعمل علي تحريك الضمير الإنساني لتطهير النفس البشرية بصورة مستمرة . ثانياً ، أسلوب التشريع والتكليف ، مثل فرض الزكاة ، وجعلها حقاً في رقاب القادرين لغير القادرين ، كما هي أيضاً حق معلوم للفئات الإجتماعية غير

القادرة . وإلي جانب الزكاة ، توجد الصدقات ، فهي عنصر هام من عناصر التكامل الإجتماعي والإحساس بالرحمة ، علاوة علي ذلك ، فهي قرض حسن مضمون عند الله سبحانه وتعالي للناس يحصلون عليها في الآخرة .

وحرص المسلمون الأوائل وفي عهد الخلفاء الراشدين برعاية الفقراء والمحتاجين والمعوقين ، وشملت تلك الرعاية فئات إجتماعية أخري مثل الأرقاء والأماء. ويعتبر عمر بن الخطاب ، أول من سن شريعة إجتماعية لحماية المستضعفين والطفولة ، حيث أنشأ ديواناً للأطفال المستضعفين ، وكان يقوم بتمويله من بيت المال . كما اهتم الخلفاء الراشدون برعاية المتسولين والأرامل ، والأيتام ، والمكفوفين بالإضافة إلي مرضي الجذام وكان ذلك في عام ٦٣ هـ . وامتد ذلك النشاط الإجتماعي في عهد الخلافة الأموية والعباسية ، وخاصة في أيام الخليفة عمر بن عبد العزيز ، والخليفة عبد الله بن مروان ، وإهتمامهما الملحوظ برعاية المعوقين والمصابين بأمراض مستعصية وغيرهم من الفئات غير القادرة .

- وبالطبع ، ساهم في الإهتمام برعاية المعوقين والفئات الفقيرة المحتاجة في المجتمع الإسلامي ، بالعناية بالرعاية الصحية إلي جانب الرعاية الإجتماعية . حيث أنشئت العديد من البيمارستانات في كافة أرجاء العالم الإسلامي ، في حين كان يعيش بقية أجزاء العالم في حالة من الظلام والفقر والتخلف . وفي كثير من تلك البيمارستانات ، كان يخصص منها أقسام خاصة للعناية بالمعوقين نفسياً وعقلياً وحركياً ، هذا إلي جانب وجود أقسام أخري للإهتمام بالأيتام والأحداث والأرامل والمحتاجين وغيرهم . ويكشف لنا مؤرخي الطب الإسلامي (١٠) ، أن أساليب متطورة في مجال رعاية وتأهيل المعوقين استخدمها المسلمون وخاصة في عهد الوليد بن عبد الملك ، حيث أنشأ داراً للمجذومين وغيرهم من ذوي العاهات ، كما ظهر من الفئات المعوقة وخاصة المكفوفين العديد من الأطباء ، ومنهم من تولي إدارة مستشفيات بأكملها ، مثل الطبيب الكفيف أبو الحسن البغدادي الذي تولي إدارة بيمارستان دار الحكمة لسنوات طويلة .

ومن ناحية أخري ، لقد تفوق أطباء العرب وخاصة في مجال رعاية المعوقين نفسياً وعقلياً ، وإستخدموا وسائل للعلاج من الأمراض العقلية المستعصية ، كما ظهرت العديد من المؤلفات والكتب الطبية في هذا المجال ، ومن أهم تلك المؤلفات كتاب ابن عمران عن " المانخوليا " ، وابن الهيثم عن استخدام الموسيقي لعلاج الإنسان وخاصة المصابون بالأمراض النفسية والعقلية . (١١)

وفي حقيقة الأمر ، فقد تأثرت طبيعة الرعاية الإجتماعية والصحية للمعوقين بعد إنهيار الدولة الإسلامية ، ونتيجة للتغيرات السياسية والإقتصادية التي حدثت في العالم العربي خلال القرنين السابع عشر والثامن عشر الميلادي ، ودخول معظم الدول العربية تحت وطأة الإحتلال التركي لقرون طويلة . ولم يختلف الأمر كثيراً خلال القرن التاسع عشر ، نتيجة لتقسيم العالم العربي كمستعمرات تابعة للدول الغربية ، حيث لم يهتم برعاية المعوقين بعد ذلك ، إلا بعد إنتهاء الحرب العالمية الثانية وحصول بعض الدول العربية علي إستقلالها السياسي .

وعلي أية حال ، لقد ارتبطت عملية الإهتمام برعاية المعوقين علي المستوي العربي بطبيعة المستوي العالمي ككل – وكما أشرنا إلي ذلك مسبقاً – فلقد كان لصدور سلسلة من إعلانات حقوق الإنسان والتي بدأت بصفة خاصة في عام ١٩٤٥ ، ثم إعلان حقوق الطفل عام ١٩٥٩ ، وحقوق الأفراد المتخلفين عقلياً في عام ١٩٧١ ، وقرارات المجلس الإقتصادي والإجتماعي للأمم المتحدة بشأن رعاية المعوقين وتأهيلهم عام ١٩٧٥ . علاوة علي ذلك ، كان لإنشاء جامعة الدول العربية ، وصدور ميثاق العمل الإجتماعي ، الذي أقره وزراء الشئون الإجتماعية عام ١٩٧١ ، بادرة إهتمام إيجابية وتوجيه السياسات الحكومية العربية ، نحو الإهتمام برعاية المعوقين ، وتبني إستراتيجيات لتطوير التربية الخاصة والعمل الإجتماعي للمعوقين ، كما كانت لإهتمامات منظمة العمل العربية إسهامات ملحوظة في مجال رعاية وتأهيل وتوظيف المعوقين في الدول العربية . (١٢)

وفي الواقع ، أن غياب الإحصاءات العامة للإعاقة والمعوقين علي مستوي العالم العربي ، تعتبر من أهم المشكلات التي تواجه المهتمين بهذه القضية بصفة عامة ، اللهم إلا بعض الدراسات الغربية (١٣) التي أجريت علي مستوي بعض الدول العربية والتي يمكن أن تسهم في معرفة بعض أبعاد تلك المشكلة وحجمها في هذه الدول . كما يمكن الرجوع إلي بعض إحصاءات وتقارير الأمم المتحدة ، عن حجم مشكلة المعوقين في الوطن العربي ، حيث أشار أحد تلك التقارير ، إلي أن إجمالي عدد المعوقين يتراوح نسبتهم الإجمالية ١٠٪ من عدد السكان وهي نفس المتوسط العالمي للمعوقين علي مستوي العالم وذلك عام ١٩٨١ . حيث قدر عدد المعوقين علي مستوي الوطن العربي مابين ١٣ - ١٥ مليون ، علي اعتبار أن العدد الإجمالي للسكان كان يقدر بحوالي ١٥٠ مليون نسمة .

وبصورة موجزة ، وبعد أكثر من عشر سنوات تقريباً (وبالتحديد في عام ١٩٩٢) ، نستطيع القول ، أن نسبة المعوقين في العالم العربي قد تزايدت بصورة كبيرة ، حيث يمكن تقدير إجمالي عدد السكان حالياً بحوالي ٢٢٠ مليون نسمة ، ومع إفتراضنا بثبوت نسبة المعوقين ١٠٪ من حجم السكان كما حددتها إحصاءات الأمم المتحدة في بداية الثمانينات ، فإن نسبة المعوقين حالياً تقدر بحوالي ٢٢ مليون معوق. وبالطبع ، هناك الكثير من العوامل التي تسهم في زيادة المعوقين في العالم العربي ومنها وهي :

أولاً : أن جميع الدول العربية مثل غيرها من دول العالم الثالث والتي تبلغ متوسط حجم المعوقين بها مابين ٥ر١٣٪ - ١٥٪ من حجم السكان .

ثانياً : أن هناك تزايداً مستمراً في حجم السكان نتيجة لتبني عدد كبير من الدول العربية سياسات تشجيع النسل.

ثالثاً : مازالت مشكلات متعددة تسهم في حجم المعوقين ومنها التخلف

الصحي، وعدم نمو الوعي الإجتماعي ، وإنتشار زواج الأقارب ، وحوادث المرور وغيرها من العوامل المسببة في الإعاقة التي سوف نهتم بمعالجتها بصورة أكثر تفصيلاً لاحقاً .

٢ - المستوي الخليجي :

تجدر بنا الإشارة ، قبل أن نتناول أبعاد وحجم مشكلة المعوقين في المجتمعات الخليجية ، أن نوضح حقيقة هامة مؤداها ، أن إهتمامات الدراسة الحالية تتركز حول تحليل أبعاد هذه المشكلة من الناحية الواقعية في المجتمعات الخليجية ، ولذا كان اختيار مجتمع الدراسة إحدي هذه المجتمعات ، وهي "سلطنة عمان" . كما تكاد لاتوجد بالفعل دراسات واقعية أو ميدانية حول مشكلة المعوقين في مجتمعات الخليج ، ومن ناحية أخري ، وحسب معلومات الباحث ، لم تجر أي دراسة ميدانية للآن حول المعوقين في سلطنة عمان وحتي وقت كتابة التقرير النهائي لهذه الدراسة . ومن ثم ، تجئ أهميتها للكشف عن الكثير من جوانب مشكلة المعوقين ومؤسسات تأهيلهم ورعايتهم في هذه المجتمعات العربية .

وفي الواقع ، عند تحديد عملية التطور التاريخي لمشكلة المعوقين علي المستوي الخليجي في العصر الحديث ، ظهرت العديد من الصعوبات التي تواجه عملية البحث والدراسة ، نظراً لغياب الإحصاءات وعدم توافرها وخاصة فيما يتعلق بحجم وأعداد المعوقين ، بالإضافة إلي حداثة النشأة التاريخية لقيام المؤسسات الإجتماعية بها ، وذلك بالمقارنة بغيرها من الدول العربية الأخري .

وتشير بعض التقارير الرسمية عن حجم مشكلة المعوقين بدول الخليج العربي، وخاصة في دول مجلس التعاون الخليجي عن بعض الإحصاءات التي يمكن الإستفادة منها كمؤشرات للتعرف علي بعض الجوانب الواقعية لهذه المشكلة . إلا أننا نود أن نشير مسبقاً ، أن هذه الإحصاءات اعتمدت أساساً علي حالات المعوقين المسجلة في

المؤسسات الحكومية أو الأهلية ، ولم تستند علي إحصاءات عامة وشاملة للمعوقين في هذه المجتمعات . علاوة علي ذلك ، أن هذه الإحصاءات الرسمية تقتصر علي بعض الولايات أو مراكز ومؤسسات المعوقين دون حصر لأعداد المعوقين ككل .

وفيما يلي ، يمكن أن نشير إلي أهم هذه الإحصاءات الرسمية لعام ١٩٨٩ ففي دول مجلس الخليج وطبيعة أبعاد مشكلة المعوقين فيها (١٤) :

١ - المملكة العربية السعودية ، فقد بدأت فيها مؤسسات رعاية المعوقين منذ بداية الخمسينات ، عند إنشاء وزارة العمل والشئون الإجتماعية ، وتم بعد ذلك تشكيل لجنة لتنسيق الخدمات للمعوقين بين مجموعة من الوزارات تقوم بتقديم خدمات رعاية المعوقين بها ، وذلك طبقاً لقرار مجلس الوزراء رقم ٣٤ لعام ١٤٠٠ هـ . ولقد بلغ عدد المعوقين الذين تشرف عليهم وزارة العمل والشئون الإجتماعية (٢٤٨٤٣) معاقاً منهم (١٢٤٢٢) ذكور ، (١٢٤١١) إناث . وتشمل هذه الأعداد مختلف الإعاقات بصفة عامة . علاوة علي ذلك ، فإن الأمانة العامة ، للتعليم الخاص بوزارة المعارف ، تشرف علي مجموعة من المعاهد المختلفة في المملكة ، ويقدر عدد المعاقين فيها (٤٠٧١) منهم (٢٥٣٥) ذكور ، و (١٥٣٦) إناث .

ويوجد بالمملكة ثلاثة عشر مركزاً للتأهيل المهني والإجتماعي ، ومؤسستان لرعاية الأطفال المشلولين ، وتشرف عليها وزارة العمل والشئون الإجتماعية . كما يتولي رعاية وتأهيل المعوقين (٣٣) معهداً تتبع لإشراف الأمانة العامة للتعليم الخاص، ومن بين هذه المعاهد (١٠) معاهـد لمكفوفي البصر ، و (١٤) معهداً للصم ، و (٩) معاهد للتخلف العقلي .

ومن ناحية أخري ، تتعدد برامج وأنشطة الرعاية المختلفة التي تقدم للمعوقين في المملكة ، كما يوجد كثير من أوجه التعاون بين الهيئات والوزارات المختلفة لتقديم الوسائل التأهيلية والعلاجية اللازمة . كما صدرت مجموعة من التشريعات الخاصة ،

التي تكفل الشرعية القانونية والإجتماعية لمساعدة المعوقين بصورة عامة .

٢ – دولة الكويت : اهتم برعاية وتأهيل المعوقين منذ منتصف الخمسينات تقريباً ، ويشارك في تقديم الرعاية الإجتماعية والصحية للمعوقين ، كل من الهيئات الرسمية الحكومية التي تتولاها كل من وزارتي الشئون الإجتماعية والعمل ، ووزارة التربية . كما أن هناك نشاط ملحوظ للقطاع الأهلي ، وخاصة بعد تأسيس الجمعية الكويتية لرعاية المعوقين . ولقد بلغ عدد المعاقين الذين يشرف عليهم القطاعين الرسمي والأهلي ، بحوالي (٩٤١) معاق من الجنسين ، وتتراوح فئاتهم العمرية مابين ٥ – ٤٤ سنة . أما وزارة التربية ومدارس المعوقين الخاصة ، فأنها تقدم الرعاية المختلفة إلي حوالي (٢٠٠٠) معاق من الجنسين ، ومن أهم هذه المدارس الخاصة ، مدارس التربية الفكرية ، والنور ، والأمل ، والرجاء .

وتتعد الإدارات الحكومية لرعاية المعوقين ، لتشمل رعاية (٩٤١) معوق موزعين حسب جميع الإعاقات المختلفة ، بما في ذلك دار لرعاية المسنين من المعوقين والذين يتم رعايتهم رعاية شاملة . أما الجمعيات الأهلية التي تقوم بالإشراف عليها الجمعية الكويتية فيستفيد من خدماتها (٢٥٧) معاقاً من الجنسين . وتوجد الكثير من برامج وأنشطة الرعاية المختلفة ، التي تقدم علي المستوي الحكومي والأهلي للمعوقين ، كما صدرت مجموعة من التشريعات الخاصة برعاية المعوقين ، حيث يمنح قانون المساعدات الإجتماعية للفرد المعاق مساعدة شهرية مقدارها (١٣٢) درهم ، هذا بالإضافة إلي علاوات التأهيل عند الإلتحاق بالمراكز المتخصصة أو الدورات التدريبية والتأهيلية .

٣ – دولة الإمارات العربية ، بدأت نشاط رعاية المعوقين بدولة الإمارت منذ عام ١٩٧٣ ، ويقوم بتقديم هذه الأنشطة مجموعة من المراكز المتخصصة التابعة للدولة ، وأيضاً عدد من المؤسسات الأهلية المختلفة التي توجد في بعض الإمارات . وحسب الإحصاءات المتاحة ، لمراكز تأهيل المعوقين في كل من (أبو ظبي ودبي) ،

فانها تشرف علي (٣٢٢) معاق ، منهم (٢١٠) ذكور و (١١٢) إناث . ويضم مركز ظبي (١٥٨) معاق ، ومركز تأهيل المعوقين بدبي (١٦٤) معاق . وتشرف هذه المراكز علي رعاية المعوقين الذين يتراوح أعمارهم بين ٤ - ٢٥ سنة ، ويتوزعون حسب جميع الإعاقات المختلفة . وبصورة عامة ، تخضع هذه المراكز لرعاية وتأهيل المعوقين لإشراف وزارة العمل والشئون الإجتماعية ، بالإضافة إلي المؤسسات الأهلية والخيرية الأخري ، التي توجد في عدد من الإمارات وتسهم في مجال رعاية المعوقين .

٤ - دولة البحرين ، يرجع تاريخ الإهتمام برعاية المعوقين في دولة البحرين إلي عام ١٩٧٠ ، ولكن إزدادت عملية الإهتمام بهذا المجال خاصة بعد تأسيس اللجنة الوطنية العليا للمعوقين في عام ١٩٨٤ ، وذلك بإشتراك مجموعة من الوزارات الحكومية ، وتتولي هذه اللجنة رسم السياسة العامة لتأهيل المعوقين ، وإقتراح التشريعات اللازمة وإعداد الدراسات بتنفيذ برامج عمل ورعاية وتأهيل المعوقين . ويتسم العمل في مجال رعاية المعوقين بإهتمامات الجانب الرسمي ، وذلك بإشراف وزارة العمل والشئون الإجتماعية ، كما يسهم في هذا المجال جهود أهلية مثل جمعية رعاية الطفل والأمومة ، ومركز البحرين للحراك الدولي ، وجمعية الصداقة للمكفوفين .

وحسب تعداد السكان لعام ١٩٨١ بدولة البحرين ، فلقد بلغت نسبة المعوقين ٩٩١ر٠٪ من عدد السكان ، أي تقريباً (٣٤٧٨) معاقاً ، منهم (٢٢٠٥) ذكور ، و (١٢٧٣) إناث . وتتوزع أعمار عدد المعوقين مابين ٤ سنوات - ٦٥ عاماً فاكثر ، كما تشمل جميع فئات وأنوا ع الإعاقة المختلفة . ويشرف علي رعاية وتأهيل المعوقين عدد من المعاهد والمراكز الرسمية والأهلية ، ويستفيد من خدماتها حوالي (١٩٤٤) معاقاً ، ويقدر عدد العاملين في هذه المؤسسات بحوالي (٢١٣) عاملاً ومتخصصاً في مجال رعاية المعوقين . ومن أهم تلك المؤسسات ، مركز التأهيل ، ودار التأهيل للأطفال

ومعهد الأمل للأطفال ، ومعهد النور ، والمركز البحريني للحراك الدولي ، ووحدة الخدمات التأهيلية .

ولقد صدرت مجموعة من التشريعات الخاصة برعاية المعوقين وتأهيلهم في دولة البحرين وكان من أهمها ، قانون عمل وتشغيل المعوقين وخاصة في القطاع الأهلي الصادر في عام ١٩٧٦ . ويسهم كل من القطاعين الرسمي والأهلي ، في إعداد العديد من الأنشطة والبرامج المختلفة لتأهيل المعوقين تربوياً وإجتماعياً ومهنياً، والعمل علي نشر الوعي الإجتماعي والصحي بشأن الإعاقة وكيفية الوقاية منها ، والحد من إنتشار أسبابها المختلفة .

٥ - دولة قطر ، يبدأ تاريخ الإهتمام برعاية المعوقين بدولة قطر ، مع بداية السبعينات ، ويتولي عمليات الرعاية كل من الجهات الرسمية الحكومية والأهلية معاً، وتقوم كل من وزارة التربية والتعليم ، ووزارة الصحة بالإشراف الرسمي علي رعاية المعوقين ، أما الجانب الأهلي ، فيشرف عليه جمعية الهلال الأحمر القطري . وحسب تقديرات عام ١٩٨٩ ، فلقد بلغ عدد المعوقين الذين يشرف عليهم كل من الجانبين الرسمي والأهلي بحوالي (٧٣٤) معاقاً ، منهم (٤٦٤) ذكور ، و (٣٧٠) إناث . وتتراوح جميع أعمار المعوقين المستفيدين من الخدمات الأهلية والرسمية مابين ٥ - ٢٤ سنة (وخاصة في القطاع الرسمي) ، كذلك يتوزعون علي جميع أنواع فئات الإعاقة المختلفة .

ومن أهم المؤسسات التي تقوم برعاية وتأهيل المعوقين بدولة قطر ، ثلاث مدارس للتربية الخاصة ، واحدة للذكور واثنتان للإناث ، وتقوم بالإشراف عليها وزارة التربية والتعليم . ويتولي الإشراف علي الجانب الأهلي جميعة الهلال الأحمر القطري، التي تقوم بتوفير الرعاية اللازمة عن طريق متطوعون في كافة التخصصات المساعدة . ويسهم كل من القطاعين الرسمي والأهلي في وضع البرامج والأنشطة

والتسهيلات اللازمة للمعوقين ، وإعداد وتدريب القائمين علي رعايتهم في المؤسسات الحكومية أو الأهلية أيضاً .

٦ - سلطنة عمان ، ترجع البوادر الأولي للإهتمام بالمعوقين بالسلطنة علي المستوي الرسمي ، وذلك تنفيذاً للمرسوم السلطاني رقم ١٩٧٣/٣٤ والخاص بتشغيل المعوقين في القطاع الخاص . وطبقاً للتقديرات الرسمية لعدد المعوقين في عام ١٩٨١ والذين سجلوا رسمياً في الدوائر الحكومية بحوالي (٣٠٣٤) معاقاً ، منهم (١٨٧١) ذكور ، و (١١٦٣) إناث . ولقد بدأت الإسهامات التنفيذية برعاية المعوقين بالسلطنة مع بداية عام ١٩٨١ ، بعد تشكيل لجنة عليا لرعاية المعوقين ، لتسهم في الإهتمام بهذه الفئة ، إلا أن هذه اللجنة أعيد تشكيلها مرة أخري ، وتأسست لجنة وطنية لرعاية المعوقين في عام ١٩٩١ ، لإتخاذ إجراءات أكثر فاعلية والإهتمام بمشكلة المعوقين .

ويتولي الجانب الرسمي ، الإهتمام برعاية المعوقين تحت إشراف كل من وزارتي الشئون الإجتماعية والعمل ، والتربية والتعليم . ولقد ظهر حديثاً ، مع بداية التسعينات عدد من الجمعيات والمؤسسات الأهلية وأنشئت بعض المراكز لرعاية المعوقين وأسرهم مثل مركز بديد ، ومركز نزوي أما المراكز الحكومية ، فمن أهمها مركز المعوقين بالخوض ، وافتتح عام ١٩٩١ ومركزاً آخر في صلالة ، ويجري حالياً إفتتاح مركزاً للمعوقين بالبريمي .

وباعتبار ، أن سلطنة عمان هي مجتمع الدراسة الميدانية الحالية ، سوف نقوم فيما بعد ، بتحليل خطوات وعمليات تطور الإهتمام برعاية المعوقين ، وأهم المؤسسات والمراكز التي تهتم بقضية المعوقين ، ونوعية البرامج والأنشطة والتسهيلات التي تقدم للمعوقين ولأسرهم . وماهي أهم المشكلات الواقعية التي تواجه مؤسسات ومراكز رعاية المعوقين ، وذلك في ضوء نتائج الدراسة الميدانية .

وبالرغم من أهمية تلك الإحصاءات الرسمية ، في دول الخليج حول مشكلة رعاية المعوقين ، وإشارتها إلي الجهود الرسمية والأهلية وطبيعة المؤسسات والمراكز التي تقوم بتقديم الرعاية للمعوقين وتأهيلهم . إلا أن تلك الإحصاءات لم توضح صورة كلية عن حجم مشكلة المعوقين في هذه المجتمعات ، ويجئ غياب الإحصاءات والمسوح الميدانية العامة إحدي المشاكل الرئيسية ، وراء عدم توافر المادة العلمية اللازمة ، التي يمكن علي ضوئها التعرف علي الأبعاد الحقيقية لهذه المشكلة ، أو علي الأقل تقديم كافة الخدمات اللازمة للمعوقين في هذه المجتمعات . وبالطبع ، يرجع عامل "الحداثة" ، سواء للنشأة التاريخية والإهتمام برعاية المعوقين ، أو قيام المؤسسات ومراكز التأهيل ورعاية المعوقين في بعض تلك الدول . ومن ثم ، فمازالت مشكلة قلة الإحصاءات العامة إحدي مصادر مشكلات البحث والدراسة في هذا المجال ، كما أنه يعد بالضرورة إحدي معوقات زيادة الفاعلية والكفاءة للعمل في مجال المعوقين ، وتقديم سبل الرعاية لجميع الفئات العمرية المختلفة للمعوقين في هذه المجتمعات .

ويمكن الرجوع إلي بعض التقديرات والإحصاءات العامة ، التي تشير إلي الحجم الإجمالي لمشكلة المعوقين في مجتمعات الخليج والتي استندت لبعض المؤشرات الدولية ، وسعت للتعرف علي طبيعة هذه المشكلة ، في هذه المنطقة ، ومحاولتها تقدير حجم هذه القضية وأبعادها مع بداية عقد الثمانينات . وتشير هذه التقديرات ، إلي أن العدد الإجمالي للسكان بلغ في دول الخليج حوالي (٣٢) مليون نسمة [١٥] ، وإعتماداً علي مؤشرات الأمم المتحدة حول نسبة المتوسط للإعاقة في العالم (والتي تقدر بحوالي ١٠٪ من مجموع السكان – حسب تقديرات عام ١٩٨١–) فإن عدد المعوقين في مجتمعات الخليج يصل إلي (٣ر٢٠٠) مليون معاق ، ويقدر عدد المتخلفين عقلياً منهم بحوالي (٩٦٠) ألف معاق ، وذلك بنسبة ٣٪ من حجم الإجمالي للمعوقين . كما يقدر عدد الأطفال للمعاقين الأقل من ٦ سنوات بحوالي (٦٢٠) ألف

طفل معاق وذلك بنسبة ٢٠٪ من حجم المعوقين ، بينما يصل عدد الأطفال المعاقين الذين تتراوح أعمارهم أقل من عام وحتي ١٤ سنة ، بحوالي (١ر٤٤٠) مليون معاق (وذلك بنسبة ٤٥٪) ، منهم (٤٣٥) ألف متخلف عقلياً .

ولكن وبعد مرور أكثر من عشر سنوات علي تلك التقديرات ، يمكن لنا أن نعطي بعض التصورات والتقديرات الإحصائية لحجم مشكلة المعوقين في المرحلة الراهنة بمجتمعات الخليج ، خاصة وأن تلك المجتمعات تشهد زيادة سكانية كبيرة ، نتيجة للسياسات السكانية المشجعة لزيادة النسل وذلك لاعتبارات إقتصادية وإستراتيجية هامة . الأمر ، الذي جعل بعض تلك المجتمعات من أكثر المناطق نمواً في السكان والذي يتراوح معدلها السنوي إلي ٣٪ تقريباً . ويمكن تقدير عدد سكان دول الخليج حالياً ، بحوالي (٤٢) مليون نسمة ، ومع إفتراض أن نسبة المعوقين تقدر ١٠٪ من إجمالي حجم السكان ، وذلك حسب تقديرات الأمم المتحدة في عام ١٩٨١ . فيمكننا أن نشير إلي التقديرات المحتملة للمعوقين في منطقة الخليج حالياً عام (١٩٩٢) علي النحو التالي :

الفئة	العدد الإجمالي (العدد بالمليون)	العدد التقديري للمعاقين ١٠٪	العدد التقديري للمعاقين عقلياً ٣٪
- مجموع السكان	٤٢	٤ر٢٠٠	١ر٤
- الأطفال أقل من ٦ سنوات (بنسبة ٢٠٪)	٨ر٤	ر٨٤٠	ر٢٨٠
- الأطفال من ٦ - ١٤ سنة (بنسبة ٤٥٪)	١٨ر٩	١ر٨٩	ر٦٣٠

وتعكس ، تلك التقديرات المقترحة ، مدي تفاقم حجم مشكلة المعوقين ، حيث يصل حجم المعاقين (٢ر٤) مليون معاق من إجمالي عدد السكان (٤٢) مليون ، كما يصل عدد المتخلفين عقلياً (٤ر١) مليون معاق وذلك بواقع ٣٪ من إجمالي حجم المعاقين . كما تزداد نسبة المعوقين من الأطفال وخاصة بين الفئتين العمريتين من سنة إلي ٦ سنوات ، ومن ٦ - ١٤ سنة ، حيث يقدر حجم هاتين الفئتين من إجمالي حجم السكان بحوالي ٤٥٪ ، نتيجة لطبيعة الهرم السكاني في مجتمعات الخليج ، والذي تشكل قاعدته الرئيسية فئة الأطفال (أقل من سنة - ١٤ سنة) . ويقدر حجم المعوقين منها (٨٩ر١) مليون طفل معاق (بنسبة ١٠٪ من إجمالي هذه الفئة العمرية) . وأيضاً ، منهم (٦٣٠) ألف طفل معاق عقلياً (بنسبة ٣٪ من إجمالي نفس الفئة) .

وتشير بعض التحليلات إلي إحتمالات تزايد حجم مشكلة المعوقين في مجتمعات الخليج ، نتيجة لتعدد العوامل المسببة للإعاقة في كافة المستويات العمرية وخاصة فئة الأطفال [١٦] . ومن أهم هذه العوامل بصورة موجزة ، قصور الوعي الصحي ، وقلة الرضاعة الطبيعية ، وإنتشار بعض الأمراض المتوطنة والوافدة ، حيث ترتفع نسبة مرض الأنيميا ، والأسباب الوراثية والإجتماعية الأخري مثل زواج الأقارب ، وتكرار الحمل والولادة في فترات زمنية قصيرة ، وإنتشار أمراض العيون (التراكوما) ، والإستخدام الأسري غير السليم للمربيات الأجنبيات غير المؤهلات ، وإرتفاع معدلات الحوادث المنزلية والمرور ، وعدم إجراء الفحوص الطبية اللازمة قبل الزواج وغيرها .

وفي الواقع ، لقد شهد عقد الثمانينات بعض التطورات الملحوظة علي المستوي الرسمي في منطقة الخليج للإهتمام بمشكلة المعوقين ، وذلك في ضوء الإهتمامات الإقليمية والعالمية الأخري ، والتي ساهمت في توجيه العديد من السياسات الحكومية نحو هذه المشكلة . ولقد بدأت تلك التطورات الإيجابية ، في إنشاء مجالس وطنية عليا للإهتمام بهذه القضية في الدول الخليجية ، وإجراء العديد

من المؤتمرات والندوات العلمية ، لرسم إستراتيجيات أفضل لرعاية المعوقين ، وتقدير حجم مشكلة المعوقين من الناحية الواقعية ، والعمل علي الحد من تزايد العوامل المسببة للإعاقة ، وكيفية الوقاية منها بقدر الإمكان . كما جاءت تلك الإهتمامات ، لتعكس مدي الإهتمام بالفئات الإجتماعية غير القادرة ورعايتها في ضوء مفاهيم ، تكافؤ الفرص ، وإحترام حقوق الفئات الخاصة مثل المعوقين ، وتحقيق عناصر الولاء والإنتماء ، والعمل علي زيادة روح الوعي الإجتماعي والصحي .

ومن هذا المنطلق ، جاءت أهمية هذه الدراسة الحالية ، لتكون إحدي الدراسات، التي تتبلور أهدافها نحو التعرف علي واقعية مشكلة المعوقين في إحدي المجتمعات الخليجية وهي " سلطنة عمان " خاصة ، وأن مثل هذه الدراسة ، يمكن أن تسهم بصورة هامة ، للكشف عن المزيد من أبعاد هذه المشكلة ، وواقعية تقديم أنماط وأساليب الرعاية الإجتماعية والنفسية والتأهيلية للمعوقين ، ومعرفة أهم المعوقات التي تواجه مؤسسات ومراكز خدمة وتأهيل المعوقين ، وكيفية زيادة فاعلية وكفاءة هذه التنظيمات في تحقيق أهدافها . علاوة علي ذلك ، إنها تهدف إلي تقديم بعض التوصيات والنتائج العامة ، التي يمكن الإستفادة منها في عمليات البحث والدراسة في هذا المجال ، والتخطيط لتقديم أساليب ووسائل أكثر فاعلية لرعاية وتأهيل المعوقين . وبإيجاز ، أن هذه الدراسة ، تعتبر ذات أهمية حيوية ، في رسم الإستراتيجيات المستقبلية للنهوض بمستوي الرعاية الإجتماعية للمعوقين في إحدي مجتمعات الخليج والتي تندر حولها مثل هذه الدراسات الميدانية بصورة عامة .

الهوامش والمراجع :

(١) انظر ، علي عبد الرازق جلبي ، علم إجتماع السكان ، الأسكندرية : دار المعرفة الجامعية ١٩٩٠ ، خاصة (الفصل الثاني) .

(٢) أحمد عيسي بك ، تاريخ البيمارستانات في الإسلام ، بيروت : دار الرائد العربي، ١٩٦٤ ، ص ١١٢ .

(٣) للمزيد من التفاصيل ، حول الوضع الإجتماعي والسياسي والإقتصادي والديني في المجتمعات الأوروبية ، وأثرها علي طبيعة المستشفيات وتدهور الحالة الصحية والعلاجية في تلك المؤسسات خلال العصور الوسطي الأوروبية ارجع إلي :

- عبد الله محمد عبد الرحمن ، سوسيولوجية المستشفي ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٠ ، خاصة (الفصل الثاني) .

(4) Hanlen , J . & G. Pickett, Public Health , Administration and practice, Toronto : College Publish., 1984 , pp. 40 - 49.

(٥) يوسف القروي ، مؤشرات وملامح من التجربة العالمية في مجال تأهيل المعوقين، سلسلة الدراسات الإجتماعية والعمالية (١٧) ، الإعاقة ورعاية المعوقين في أقطار الخليج العربية ، المنامة : مكتب المتابعة لمجلس وزراء العمل والشئون الإجتماعية بالدول العربية الخليجية ، ١٩٩١ ، ص ٢١٧ .

(٦) المرجع السابق ، ص ٢٢٠ - ص ٢٢٣ .

(٧) أعتمدنا في الحصول علي الإحصاءات العالمية للمعوقين علي التقارير التالية :

- تقرير منظمة الصحة العالمية رقم A29/INF Doc

- تقرير البنك الدولي – واشنطن (٧١) ص ٧ 1/28 Ap. 76 .

- تقارير الأمم المتحدة ، المجلس الإقتصادي والإجتماعي ، اللجنة الإقتصادية والإجتماعية لغرب آسيا – تقرير رقم E. Fsc WA/SD/89/WA.1/18 .

(٨) انظر علي سبيل المثال :

- سليم حسن ، مصر القديمة ، القاهرة : دار الكتاب ، ١٩٧٤ .

- أحمد كمال أحمد وآخرون ، مقدمة في الرعاية الإجتماعية ط / ٢ القاهرة : مكتبة النهضة المصرية ١٩٧٦ . ص ٤٦ .

- أحمد زكي بدوي ، أصول الخدمة الإجتماعية (ط ٢) ، القاهرة : دار الفكر العربي، بدون تاريخ ، ص ٨٦ .

(٩) محمد محمود الصقور ، " الرعاية الإجتماعية للمعوقين في التراث الإسلامي" ، سلسلة الدراسات الإجتماعية ، مرجع سابق ، الفصل (٤) و (٥) .

وأيضاً ، أحمد زكي بدوي ، مرجع سابق ، ص ٩٥ – ١٠٧ .

(١٠) أحمد عيسي بك ، مرجع سابق ، خاصة المقدمة ، ص ١٧ .

(١١) طوقان حافظ طوقان ، العلوم عند العرب ط ٢ ، بيروت : دار الكتاب ، ١٩٨٣، ص ٢٢ .

(١٢) انظر :

- جميل توفيق إبراهيم ، أصناف المعاقين وخصائصهم النفسية والبدنية ودورهم في المجتمع ، سلسلة الدراسات الإجتماعية ... مرجع سابق ، ص ١٠١ – ١٠٢ .

(١٣) يمكن الرجوع إلي مثل هذه الدراسات علي سبيل المثال :

- صلاح الدين الحمصاني ، خدمات التأهيل في مصر ، بالإضافة أيضاً إلي مجموعة بحوث مؤتمر التكامل في رعاية المعوقين القاهرة (١٩٨١) .

- عبد الفتاح عثمان ، الرعاية الإجتماعية والنفسية للمعوقين ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٧٢ .

- محمد صفوح الأخرس ، الرعاية والتنمية الإجتماعية : دراسة ميدانية لواقع المعوقين في مؤسسات الرعاية الإجتماعية بمدينة دمشق : دمشق ، منشورات وزارة الثقافة والإرشاد القومي ، ١٩٨٢ .

- عبد الله الخطيب ، واقع الإعاقة في الأردن ، المجلس الإقتصادي والإجتماعي للأمم المتحدة ، مرجع سابق ، ١٩٨٩ .

- مني فياض ، الطفل المتخلف عقلياً في المحيط الأسري والثقافي ، دراسة حالات في المجتمع اللبناني : بيروت : معهد الإنماء العربي ، ١٩٨٣ .

(١٤) بالنسبة للنشأة التاريخية وبداية الإهتمام بالمعوقين في دول الخليج ، اعتمدنا علي المرجع التالي :

- كريم محمد حمزة ، أوضاع مؤسسات الرعاية الإجتماعية ودورها في خدمة المجتمع العربي الخليجي ، سلسلة الدراسات العربية والإجتماعية (١) ، مكتب المتابعة ، المنامة ، ١٩٨٣ ، ص ١٨ ، ١٩ .

- أما بالنسبة للإحصاءات الرسمية للمعوقين والمستفيدين من خدمات الرعاية والتأهيل والتربية بدول مجلس التعاون اعتمدنا علي المصادر التالية :

- مكتب المتابعة ، دليل رعاية وتأهيل المعوقين بالدول العربية الخليجية ، سلسلة الدراسات الإجتاعية والعالمية (١٧) ، مرجع سابق ، ص ٢٨٧ - ٣٠٩.

- مكتب التربية ، واقع مؤسسات المعوقين للدول الأعضاء في مكتب التربية العربي لدول الخليج ، ١٩٨٩ .

(١٥) لمزيد من التفاصيل انظر :

- عثمان لبيب فرج ، المراحل المسببة للإعاقة وبرامج الوقاية منها في دول الخليج ، سلسلة الدراسات الإجتماعية والعمالية (١٧) ، مرجع سابق ، ص ٦٨ .

- في الواقع تتضارب التقديرات والإحصاءات حول حجم السكان بمنطقة الخليج بصورة خاصة ، فكثير من هذه الإحصاءات تقريبية ، ويرجع ذلك لغياب الإحصاءات الرسمية وإجراء المسوح السكانية الشاملة في العديد من هذه الدولة . فعلي سبيل المثال ، نجد بعض هذه التقديرات تشير إلي أن حجم السكان في عام ١٩٨٠ لدول الخليج حوالي ٢٢ مليون نسمة ، للمزيد حول تلك التقديرات انظر :

- مكتب المتابعة ، الشباب العربي في الخليج ومشكلاته المعاصرة (دراسات مختارة) ، اليمامة : البحرين ١٩٨٠ ، ص ١٧ .

(١٦) المرجع السابق ، ص ٣١ – ٣٢ .

المبحث الثالث

تعريف وتصنيف المعوقين

تمهيد :

(١) تعريف الإعاقة

(٢) تصنيف المعوقين

تمهيد :

يكشف تحليل تراث المعوقين في العصر الحديث عن طبيعة هذه المشكلة ومدي إنتشارها في المجتمعات الحديثة بصورة ملحوظة ، بالرغم من تقدم العلوم الطبية والسلوكية ، وزيادة الإهتمام بفئة المعوقين في الوقت الحاضر سواء في الدول المتقدمة أم النامية ، وذلك بالمقارنة بطبيعة الرعاية للمعوقين في العصور السابقة . ومع تزايد وتعدد الإهتمامات بدراسة رعاية مشكلة المعوقين من جانب المهتمين بالعلوم الطبيعية والإجتماعية ، وواضعي السياسات وصانعي القرارات الحكومية ، فلقد تعددت وجهات النظر وتنوعت المفاهيم المستخدمة علي عرض وتحليل هذه المشكلة ، نظراً لتباين المعاني والمصطلحات التي ترتبط بهذه المفاهيم ، وذلك حسب إهتمامات المتخصصين ونوعية تناولهم لقضية المعوقين بصورة عامة . ومن ثم ، أصبحت الضرورة العلمية والإجرائية تحتم الحرص علي تصنيف المعوقين ، وتحديد أنواع الإعاقة المختلفة والعوامل المسببة لها ، ومعرفة كيفية الحد منها والوقاية من نتائجها السلبية علي كل من الفرد والمجتمع معاً . وعلي أية حال ، سوف نتناول حالياً ، عدة نقاط أساسية تعتبر من أهم مكونات الإطار العام لهذه الدراسة وهي أولاً : تحديد مفهوم الإعاقة ومدي إرتباطه بالعديد من المفاهيم الأخري ، ثانياً : عرض موجز لأهم تصنيفات المعوقين المستخدمة من جانب المهتمين بهذه المشكلة .

١ - تعريف الإعاقة :

يرتبط مفهوم "الإعاقة" Handicap ، بالكثير من المفاهيم الأخري التي تتداخل معه ، ومن أهم تلك المفاهيم ، مفهوم الإصابة Impairment ، والعجز Disability وغيرهما . وقد تختلف الآراء حول تلك المفاهيم وإستخداماتها ، وطبيعة الإهتمامات التي توجه للمعوقين أو العجزة أو المصابين ، كما قد تتباين وجهات النظر بين العامة والمتخصصين حسب طبيعة تلك الإعاقات والعجز والإصابة.. ففي الواقع، نجد الكثير من الإختلافات حول نوعية الرعاية ، التي تقدم للمعوقين جسمياً ، عن

المعاقين نفسياً ، كما نجد إختلافاً ملحوظاً عند تحديد سبل الرعاية والتأهيل لكل من المعوقين والعجزة والمصابين ، وذلك حسب طبيعة الفئة العمرية ، فالمعاقين الكبار Adults Handicapped ، يختلفون عن الأطفال المعاقين Childern Handicapped . ومن ثم ، فتقديم أحد أنواع الرعاية ، مثل الرعاية الصحية يمكن تحديدها حسب طبيعة العلاج Treatment ، أو التأهيل الطبي Medical Rehabilition ونوعية الإعاقة أو العجز ، وطبيعة الفئات العمرية لها ، وهذا ينطبق أيضاً بالنسبة لأنماط الرعاية النفسية والإجتماعية والمهنية الأخري .

ويري بعض المتخصصين في مجال السياسة الإجتماعية ، وعلم الإجتماع الطبي ، وعلم الطب النفسي الإجتماعي ، أن تحديد المفاهيم تعتبر جزءاً هاماً عند التعريف بمشكلة المعوقين ، ونوعية الفئات التي تحتاج إلي رعاية بصورة أكثر . وربما تعتبر محاولة هاريز (١) Harris من المحاولات التي سعت لتوضيح بعض هذه المفاهيم ، حيث يشير إلي أن مفهوم "الإصابة" يقصد بها " عجز أو قصور في أحد أعضاء الجسم يؤدي إلي خلل وظيفي لعضو معين في جسم الفرد " . أما مفهوم "الإعاقة" فهو نوع من القيود أو القصور في القيام بالأنشطة التي يسببها العجز ". كما يشير مفهوم العجز باعتباره " نقصاً أو خللاً في القدرة الوظيفية Funcationl Ability " .

بينما يري أحد المهتمين بمجال الخدمة الإجتماعية ، وهو ونج Wing ، بأن "الإصابة" " نوع من القصور في أعضاء الجسم وعدم القيام بوظائف الأعضاء الداخلية أو الميكانزمات الأخري للجسم " . أما " الإعاقة " فهي نقص مميز في القدرات الوظيفية للجسم " . كما يقصد بالفرد العاجز " الذي يتأثر إجتماعياً من جراء الإعاقة " . (٢) وعلي أية حـال ، إننا نلاحظ عدم وجود إختلاف كبير أو ملحـوظ بين كل من تصورات هاريز ، وونج حول مفاهيم الإعاقة والعجز والإصـابة

وفي إحدي الدراسات الهامة التي قام بها أحد رواد السياسة الإجتماعية ، وهو بيتر تونسند P. Townsend ، يحدد خمسة مصطلحات هامة توضح مفهوم الإعاقة وهي : (٣)

١ - نوع من الخلل البدني والفسيولوجي والسيكولوجي في جسم الإنسان .

٢ - تعتبر الإعاقة حالة إكلينيكية متزامنة تؤثر علي العمليات الفسيولوجية والسيكولوجية.

٣ - تعد الإعاقة نوع من القصور الوظيفي في الأنشطة العادية ، سواء أكانت تلك الأنشطة تجري بصورة فردية أم جماعية .

٤ - الإعاقة حالة سلوكية مميزة لها مظهر غير طبيعي إجتماعياً .

٥ - الإعاقة تتحدد إجتماعياً حسب الفئة والمكانة التي يشغلها المعوق في المجتمع .

ومن ثم نلاحظ ، حسب تصورات بيتر تونسند حول الإعاقة ، بأن الفرد المعاق لايرجع قصوره فقط بأنه فرداً عاجزاً ، ولكن أيضاً تأثير إعاقته وعدم قيامه بالأنشطة التي يقوم بها بالفعل الأفراد العاديين . ومن ثم ، تحتم طبيعة الإعاقة مكانة إجتماعية معينة للمعاق ، نتيجة للوضع الإجتماعي الذي يشغله الفرد في الجماعة التي ينتمي إليها . وبإيجاز ، أن طبيعة المكانة الإجتماعية للمعوق ، تتحدد حسب نوعية الإعاقة ، ونظرة كل من الجماعة والمجتمع التي ينتمي إليها المعاق .

وتعد من أهم التعريفات الدولية للإعاقة والمعوقين ، تعريف منظمة الصحة العالمية World Health Organization (٤) ، التي سعت لتحديد المفاهيم الثلاث: الإعاقة ، والعجز ، والإصابة . خاصة ، وأن هناك تداخلاً ملحوظاً بين إستخدامات ومعان هذه المفاهيم بصورة واضحة . حيث تحدد مفهوم "الإصابة" أنها ببساطة

نوع من الخلل أو النقص في إحدي الوظائف البدنية والفسيولوجية والسيكولوجية " . أما العجز ، "فإنه ينتج عن الإصابة ، وتعد نتاجاً لها ، كما أنها تعتبر نوعاً من عدم القدرة علي إنجاز أي نشاط معين ، يمكن أن يوصف بأنه نشاط عادي " . أما الإعاقة – حسب تحديد منظمة الصحة العالمية – فهي حالة تصيب الفرد المعاق ، والذي يعاني نتيجة الإصابة أو العجز ، ويكون غير قادر للقيام بأنشطة معينة يمكن أن يقوم بها فرد عادي في مثل عمره ، ونوعه ، ومستواه الثقافي " .

كما توجد تعريفات أخري تسعي لتحديد الإعاقة أو العجز في إطار أكثر إتساعاً وشمولاً من التعريفات السابقة – ما عدا تعريف بيتر تونسند – الذي نجد فيه الكثير من التركيز علي الجوانب الإجتماعية للإعاقة – حيث يري بعض المحللين ، بأن الفرد المعاق ، " هو فرد يعاني نتيجة عوامل وراثية أو خلقية أو بيئية مكتسبة – من قصور جسمي أو عقلي ، يترتب عليه آثار إجتماعية أو نفسية ، ويحول بينه وبين تعليم وأداء بعض الأعمال والأنشطة الفكرية أو الجسمية ، التي يؤديها الفرد العادي بدرجة كافية من المهارة والنجاح " . (٥) كما يمكن تحديد الإعاقة بأنها جزئية أو شاملة ، وقد تكون مؤقتة أو دائمة .

وعلي أية حال ، عند تحليل مفهوم العجز والإعاقة ، لابد من تفسيره في ضوء ثلاث عناصر أساسية وهي :

أولاً : أن تفسير درجة العجز والإعاقة ، ترجع لطبيعة كل من المجتمع أو الفرد نفسه و نوعية القيم والإتجاهات ، التي ترتبط بنوعية الإعاقة ، وتحديدها إجتماعياً ، أو حسب مايتفق عليه في المجتمع .

ثانياً : أن تفسير كل من القيم والإتجاهات ، تحدد في إطار البناء الثقافي والحضاري العام في المجتمع ، فالفرد يمكن أن يكون معاقاً في مجتمع ما ، ولايمكن أن يعتبر كذلك في مجتمع آخر ، مثال ذلك مرضي الجذام .

ثالثاً : كثير ما تكون تلك القيم والإتجاهات المجتمعية ونظرتها وتفسيرها للإعاقة ، آثاراً سلبية وخاصة علي كل من المعاق وأسرته .

وفي الواقع ، نجد بعض علماء الإجتماع (٦) ، يسعون إلي تحديد الإعاقة والمفاهيم المرتبطة بها في إطار سوسيولوجي مميز ، أو في إطار مجتمعي عام وأشمل من تلك المفاهيم التقليدية التي تقوم بتصور وتحديد الإعاقة ، علي أنها خلل في أحد أعضاء جسم الإنسان أو حواسه أو قدراته ، ويعد ذلك تحديداً بيولوجياً وصحياً سواء أكانت هذه النواحي الصحية نفسية أم عقلية أم فيزيقية . ويعتبر ذلك نوعاً من القصور في التعريف بمفاهيم المعوقين ، حيث تشمل الإعاقة نواحي أخري إجتماعية ، فضلاً عن وجود متغيرات متعددة تتداخل مع مفهوم الإعاقة والمعوقين ، مثل المتغيرات الإجتماعية والإقتصادية والثقافية ، وجميعها تؤثر علي المعني الفيزيقي والطبي للإعاقة . وربما تثير تلك الآراء بعض التصورات المعارضة من قبل أصحاب مؤيدي المعني الشائع للإعاقة ، ولكن من الناحية العملية والإجرائية ، أن دائرة الإعاقة أوسع وأشمل من ذلك المفهوم التقليدي بكثير ، حيث توجد فئات تعتبر معاقة إجتماعياً مثل الأميين والعاطلين علي سبيل المثال . ومن ثم ، فتحليل تراث مشكلة المعوقين يحتاج بجانب دراسة تلك المفاهيم الشائعة ، النظرة الشاملة لتوضيح المعني الإجتماعي الذي يحدد هذه الفئة الإجتماعية والتي تتأثر بطبيعة البناء الإجتماعي ، ومعرفة نتائجها الإجتماعية والمجتمعية المتنوعة . علاوة علي ذلك ، أن غياب هذه النظرة الشاملة لمفهوم الإعاقة بالمعني الإجتماعي الشامل ، يجعل من الصعوبة تقديم مقترحات وسياسات هادفة لعلاج مشكلة إجتماعية هامة ، والسعي للحلول المؤقتة وقصيرة الأجل ، دون الإهتمام بمعرفة جميع العوامل المسببة أو النتائج الناجمة عنها ككل . وهكذا ، فإن الأمر يقتضي عند تناول مشكلة المعوقين ، ضرورة إعادة النظر في المعني التقليدي والشائع للمعاقين ، والعمل علي إبراز المضامين الإجتماعية لتحديد كل من الإعاقة والمعوقين ، وكيفية العمل علي الإستفادة من إمكاناتهم وقدراتهم وتوظيفها لصالح كل من المعوقين والمجتمع معاً .

وهكذا ، فإننا نري مدي أهمية تحديد المفاهيم المتعددة والمتداخلة مع مفهوم الإعاقة ، ويعد ذلك أمراً ضرورياً ليس فقط من أجل معرفة نوعية الإعاقة أو الإصابة أو العجز ، بقدر ما تساعد عملية توضيح تلك المفاهيم ، علي تحديد نوعية أنماط الرعاية والعلاج ، التي يجب تقديمها للفئات المعاقة ، وذلك حسب نوعية الإعاقة ، والفئة العمرية ، والجنس أو النوع ، وغير ذلك من متغيرات أخريٰ . علاوة علي ذلك ، أن تحديد هذه المفاهيم ، يسهم في التعرف علي المشاكل ، التي قد تنتج من جراء عدم الأخذ في الإعتبار لهذه الأشياء السابقة ، فضلاً عن أن هذا التحديد ، يعمل علي إتخاذ الإجراءات التشريعية والقانونية والإجتماعية والصحية والمهنية المختلفة ، التي يجب إعدادها لمواجهة مشكلة الإعاقة والمعوقين . فرعاية المعوقين من الأطفال ، تشتمل علي أنماط متميزة من الرعاية الجسمية ، والعاطفية ، والإجتماعية، فضلاً عن التربية والتعليم والتأهيل المهني ، والتي قد تختلف إلي حد ما عن رعاية المعوقين الكبار ، الذين يحتاجون لأنماط متميزة من الرعاية الإجتماعية والنفسية، والتمتع بطبيعة الحياة الإجتماعية العادية بقدر الإمكان .

وبصورة عامة ، فإن تحديد المفاهيم المرتبطة بالإعاقة والمعوقين ، يساعد علي تصنيف الفئات المعاقة بصورة إيجابية ، يسمح علي ضوئها إختيار طريقة أفضل للحياة لكل منها ، والعمل علي تقديم جميع أنماط الرعاية والتأهيل ، والإستفادة من الإمكانات والقدرات التي يتميز بها المعوقين ، من أجل تحقيق مصالحهم الفردية ، والتخفيف من المشكلات المتعددة علي أسرهم ، وطبيعة المجتمع الذي يعيشون فيه، بحيث يصبحون في النهاية ، كفاءات قادرة علي الإستقلال في الحياة الإجتماعية ، والعمل والإنتاج ، وتحقيق الذات ، وهذا ماسوف نشير إليه بصورة أكثر لاحقاً .

٢ - تصنيف المعوقين :

تعكس دراسة المفاهيم المختلفة ، التي ترتبط بمشكلة المعوقين عن وجود الكثير من المعاني المتداخلة بينها ، مما يؤثر ذلك علي فهم وتحليل تلك المشكلة من

الناحية النظرية أو الإجرائية الميدانية . كما يظهر ذلك بصورة أكثر وضوحاً ، عند دراسة موضوع تصنيف المعوقين ، والذي يعد من الموضوعات الهامة ، ويحدث حوله الكثير من الإختلافات وتباين وجهات النظر من قبل المهتمين بدراسة المعوقين .

فقد تظهر الإعاقة أو العجز أو الإصابة ، في مراحل عمرية مختلفة ، فبعضها يرجع إلي فترة الحمل أو أثناء الولادة ، والبعض الآخر قد يظهر أثناء المراحل العمرية المختلفة حتي فترة مرحلة الشيخوخة . كما يمكن تصنيف الفئات المعاقة ، حسب طبيعة الأسباب التي أدت إلي حدوث الإعاقة أو الإصابة مثل حوادث العمل ، والمرور ، والحروب وما إلي ذلك . أو تحديد الإعاقات حسب طبيعة طول فترة الزمن وثبوت الإعاقة ، فبعض الإعاقات تكون مؤقتة ، وبعضها مزمنة . كما أن هناك تصنيفات أخري للمعاقين ، توضع علي أساس المظهر الخارجي للحواس أو الأعضــاء ، مثل المعاقين بدنياً ، أو حسياً مثل المكفوفين ، والصم ، والبكم ، والتخلف العقلي . أو قد ترجع الإعاقة إلي مظاهر غير ظاهرة ، مثل أمراض الدرن ، والجا ، والصرع وغيرها من الأمراض الأخري المتعددة .

وتجدر بنا الإشارة هنا ، قبل عرض أهم التصنيفات الشائع
نوضح بعض المداخل العامة التي يهتم بها المتخصصون في م
أو التأهيل الإجتماعي والنفسي ، لتحديد الإختلافات ال
للتمييز بين الأفراد العاديين أو الأسوياء Normal ، وغ

أو غير الأسوياء Ubnormal ، أهم هذه ... بإيب

(١) مدخل الأعراض proach
الشذوذ في السلوك عما هو مألوف
ويعرف مقدماً بأنه سلوك
الإنتقادات التي مرجعه
شدتها وذلك عن طر

(٢) المدخل الثقافي Cultural Approach ، ويركز هذا المدخل علي إستخدام الثقافة بمفهومها العام ، في التعرف علي الأنماط السلوكية الشاذة ، عن طبيعة ثقافة مجتمع معين . ولكن هذا المدخل ، يفتقد النظرة الشمولية والعمومية إلي الثقافة وتباينها ، سواء بين الجماعات الصغيرة أو المجتمعات المحلية أو علي مستوي المجتمع العام .

(٣) المدخل الإحصائي Statistical Approach ، ويعتمد أصحاب هذا المدخل علي أهمية إستخدام الإحصاءات المختلفة ، في التعرف علي درجات السلوك غير السوي ، أو ماهو مألوف لدي الأفراد العاديين أو سلوكهم ، وذلك عن طريق الإعتماد علي قضايا إحصائية مثل الإنحرافات المعيارية ، والنزعات المركزية وغيرها .

(٤) المدخل الإكلينيكي Clinical Approach ، ويقوم هذا المدخل علي تحليل وضوعي ، يهدف للتعرف علي السلوك غير الطبيعي ، عن طريق إستخدام تبارات ومقاييس علمية طبية أو نفسية أو إجتماعية . وإن كانت هناك بعض ت ، حول مدي إستخدام مقاييس كمية محددة ، لدراسة قضايا معقدة مثل الشاذ ومستوياته المختلفة .

ر ، أننا نري أهمية خاصة لدراسة وتحليل هذه المداخل ، رة في التعرف علي الكثير من جوانب مشكلة الإعاقة تصنيف المعوقين حسب كل من الأعراض ، والظروف الات الطبيعية الإكلينيكية سواء أكانت ، أن عملية تصنيف المعوقين قد تتركز اهر السلوكية والجسمانية الظاهرة تها ، لاترجع إلي المظاهر غير ا مجتمعة تسهم في فهم

أسباب الإعاقة وتصنيف المعوقين بصورة أكثر إيجابية ، خاصة بعد أن تزايدت الإهتمامات في الوقت الحاضر ، نحو إستخدام المداخل الإحصائية والكمية ، التي يمكن أن تعطي مؤشرات عامة ، للتعرف علي نسبة الإصابة أو الإعاقة ، عن طريق السمع أو البصر علي سبيل المثال ، فقد أسهم في تطور هذا المجال ، تقدم التكنولوجيا الطبية ، أو إستخدام مداخل إكلينيكية علاجية متطورة أخري .

وعلي أية حال ، يعكس لنا تحليل تراث مشكلة المعوقين ، عدة تصنيفات مختلفة لهذه المشكلة ، كما أشرنا إلي ذلك من قبل ، ولكن نسعي حالياً ، لأن نعرض بصورة مختصرة / إلي أهم التصنيفات الشائعة الإستخدام في مجال دراسة المعوقين ، والتي يمكن أن ترجع إلي الفئات التالية : (٨)

١ – المعوقون جسمياً .

٢ – المعوقون حسياً .

٣ – المعوقون عقلياً .

٤ – المعوقون إجتماعياً .

٥ – متعددو الإعاقة .

قبل أن نبدأ بتناول أهم هذه الفئات المعاقة ، وذلك حسب التصنيفات الأكثر شيوعاً عند دراسة مشكلة المعوقين ، يجب أن نشير إلي حقيقة هامة مؤداها :
أولاً : أننا نلاحظ العديد من التداخلات بين هذه التصنيفات أو الفئات الداخلية التي يتضمنها ، كما يتضح ذلك مبدئياً بين الفئتين . الأولي والثانية علي سبيل المثال .
ثانياً : أن ذلك لايقلل من أهمية إستخدام التصنيف في حد ذاتها ، نحو فهم أعمق لمشكلة الدراسة والبحث ، كما تساعد علي الإعداد والتخطيط لعمليات الرعاية والتأهيل المتنوعة ، التي يجب تقديمها لكل من الفئات المختلفة للمعوقين .

أولاً : الإعاقات الجسمية :

يقصد بالإعاقة الجسمية تلك الإعاقات التي تنتج عن قصور أو عجز في الجهاز الحركي ، وتحدث نتيجة لحالات الشلل الدماغي ، أو شلل الأطفال ، أو بتر طرف من أطراف الجسم نتيجة مرض أو حادث يؤدي إلي تشوه في العظام أو المفاصل أو ضمور ملحوظ في عضلات الجسم ، وربما تكون العوامل المسببة لهذه الإعاقات عوامل وراثية أو مكتسبة .

ويندرج تحت فئة الإعاقات الجسمية ثلاثة أنواع متميزة من الإعاقات يشيع إستخدامها عند دراسة مشكلة المعوقين وهي :

(أ) شلل الأطفال Poliomyelitis .

(ب) الأقعاد Crippled .

(ج) أمراض القلب Cardiac Diseases.

ويمكن الإشارة ، لأهم خصائص تلك الإعاقات الجسمية بصورة موجزة كمايلي:

(أ) **شلل الأطفال** : تمتد جذور هذا المرض إلي فترات زمنية قديمة ، ولم يهتد أطباء العصر الحديث إلي الإهتمام به إلا مع أوائل القرن الحالي ، وإستطاع العلماء أن يتعرفوا علي الفيروس المسبب لهذا المرض ، وإكتشاف المصل الواقي له وكان ذلك عام ١٩٥٥ . كما تعرف العلماء علي إمكانية تحديد أمصال المناعة الواقية لهذا المرض وإعطائه للأطفال عن طريق الفم بدلاً من إعطائه بالحقن في البداية ، وأمكن إستخدام أمصال المناعة الجديد علي مستوي العالم مع بداية الستينات .

ومن أهم أعراض هذا المرض ، أنه يؤثر بصورة سلبية علي حركة المريض ، وطبيعة السلوك الذي يقوم به ، وله العديد من المشاكل النفسية والتأهيلية والإجتماعية

سواء علي المريض أو أسرته . كما ترجع أسباب حدوث المرض إلي عدة أسباب ، حيث يعتبر من الأمراض المعدية ، الذي ينتقل عن طريق الجو ، أو الحشرات ، أو الأطعمة الملوثة . وينتقل المرض من الجهاز الهضمي إلي الجهاز العصبي مباشرة . ويوجد ثلاث أنواع متميزة لشلل الأطفال وهي : (١) إصابات عضلات الجسم ، (٢) إصابات عضلات التنفس أو البطن ، (٣) إصابات عضلات البلع والحنجرة .

ويكشف مسمي شلل الأطفال ، لأن غالبية مرضاه من الأطفال ، حيث يصاب به ٧٥٪ ما بين سن عام واحد - ١٥ سنة ، بينما ٢٥٪ ممن يصابون به يكونوا مابين الفئة العمرية ١٦ - ٤٠ سنة . كما يعكس إنتشار هذا المرض بعض الظروف الإقتصادية والإجتماعية والصحية غير الملائمة ، التي توجد في الأقطار التي ينتشر بها هذا المرض . ولقد اهتمت معظم دول العالم ، والمنظمات الصحية العالمية ، بإجراء التحصينات العامة ضد هذا المرض ، وذلك عن طريق أمصال المناعة ، والعلاج الجراحي ، والتعليم ، والتدريب والتأهيل ، والعمل علي زيادة الوعي الإجتماعي والصحي .

(ب) الأقعاد . ينتج هذا المرض عن عدة أسباب تؤثر في درجة ومستويات الإصابة والأعراض المصاحبة لها ، ومن أهم هذه الأسباب ، شلل الأطفال ، سل العظام ، الشلل التشنجي ، العاهات الخلقية ، أمراض القلب ، الحوادث وغيرها . كما ترجع حدوث هذه الأسباب ، إلي فترات زمنية متفاوتة ، وخاصة التي تؤثر علي العاهات الخلقية ، التي تبدأ خلال فترة الحمل وأثناء عملية الولادة . وعموماً ، تكشف هذه العاهات عن الكثير من مظاهر الخلل في الرعاية والوعي الصحي بصفة عامة.

كما تشير بعض الدراسات ، عن وجود نسبة تقريبية لحالات المقعدين في أي مجتمع ما ، وهي حوالي ٣٪ من إجمالي عدد السكان ، بينما تري بعض الدراسات أن هذه النسبة تصل إلي ٩٪ ، وخاصة في المجتمعات النامية أو الأكثر تخلفاً .

وبصفة عامة ، هناك الكثير من الآثار السلبية ، التي تنتج عن الأقعاد مما يؤثر علي سلوك الفرد المعاق ، كما تنتابه حالات نفسية سيئة لأن هذه الإعاقة مصدرها الأسرة والمجتمع معاً ، مما يؤدي ذلك إلي تغير طبيعة المعاملات والعلاقات الإجتماعية بين المعاق والأسرة . ومن ثم ، ترجع الحاجة لأهمية التوجيه النفسي والإجتماعي لكل من الأسرة والمعاق معاً ، والإهتمام بسبل الرعاية والتأهيل للمعاق .

(جـ) أمراض القلب . تزايدت في السنوات الأخيرة ، معدلات أمراض القلب سواء أكانت وظيفية أم عضوية والأسباب في ذلك متعددة ومتنوعة ، ومنها الأسباب الحضرية ، والنفسية ، والإجتماعية . كما تشكل خطورة هذه الأمراض علي سلامة بقية أجزاء الجسم ، وقد تظل هذه الأمراض لفترات زمنية طويلة . وبالطبع ، ترتبط عملية الإصابة بأمراض القلب بمتغيرات مثل السن ، والظروف الوراثية ، والإجتماعية والشخصية للمريض ، وتمتد فترات ظهورها ابتداءاً من مرحلة الحمل حتي الشيخوخة.[٩]

وترجع أسباب الإصابة ، إلي خلل في أجزاء القلب وصماماتها المختلفة ، كما تحدث الإصابة نتيجة لحالات النوبة القلبية ، التي تنتج عن وجود عجز أو مرض في الشريان المغذي للقلب ، أو يحدث نتيجة لما يعرف بالذبحة الصدرية ، وحدوث التغير المفاجئ في عضلة القلب . بالإضافة إلي ذلك ، توجد حالات أخري تندرج تحت أمراض القلب مثل ، روماتيزم القلب التي قد تنتج عن أمراض أخري مثل الحمي الروماتيزمية وغيرها .

وبصورة موجزة ، تؤثر أمراض القلب علي المريض بحالات نفسية وإجتماعية متعددة ، مما ينتج عن ذلك الكثير من أنماط السلوك غير الإجتماعي أو العادي . وبالرغم من حدوث تقدم كبير في مجال العلاج النفسي والإكلينيكي لأمراض القلب ، إلا أن ظروف العصر الحديث ، تلعب أدواراً متعددة في تفاقم نسبة أمراض القلب ، وخاصة تغير ظروف الحياة الإجتماعية والإقتصادية . وفقدان الروابط الأسرية

والإجتماعية ، وتزايد روح التفردية والخصوصية ، وإنعدام التضامن الإجتماعي ، وكثرة حالات الإرهاق والتعب النفسي والجسماني ، وعلامات القلق والتوتر وفقدان الأعصاب الناتج عن مشكلات العمل والحياة الأسرية الإجتماعية بصورة عامة .

ثانياً : الإعاقات الحسية :

ترتبط هذه الإعاقات بحواس الإنسان ، وخاصة حاسة البصر ، والسمع والنطق والكلام ، وهي تؤثر علي الوظائف البيولوجية التي تؤديها الحواس وتسبب له مشاكل فسيولوجية وسيكولوجية وإجتماعية متعددة . ويمكن أن نشير إلي فئات المعوقين حسب هذه الإعاقات كما يلي : (١٠)

(أ) المكفوفون وضعاف البصر ، يظهر كف البصر نتيجة لأسباب عضوية وراثية أو ولادية أو مكتسبة ، حيث قد تحدث نتيجة حادث أو مرض مثل التراكوما وغيرها من أمراض الرمد المعروفة . كما قد يكون كف البصر بصورة كلية أو جزئية ، علاوة علي ذلك ، توجد أسباب أخري ، تؤدي إلي كف البصر مثل نقص الفيتامينات وسوء التغذية ككل . كما تظهر أنواع متعددة ، تفقد البصر الكلي ، منها إصابة الإنسان بإضطرابات إنفعالية حادة ويسمي هذا بالعمي الهستيري .

ولقد استخدم الأطباء مقاييس إكلينيكية متطورة ، لدراسة الأعراض العامة لحالات ضعف البصر ، والتي تتراوح فيها درجة الإبصار بين ٢٠ / ٧٠ ، ٢٠/ ٢٠٠ للعين الأقوي ، وتوجد في كثير من الدول تشريعات تحدد اضعاف البصر ، وأيضاً دوجة كف البصر كلية .

كما تتعدد التعريفات التي يطرحها المهتمون بمشكلة المكفوفين وضعاف البصر ، والتي تستخدم لتحديد هذه الفئات ، ومن أهم هذه التعريفات ، التي تهتم بالجانب التربوي ، والإجتماعي ، والقانوني التي عن طريقها يمكن رعاية وتأهيل المعوقين ، وتقدم علي أساسها إستراتيجية هذه الخدمات . وبالطبع توجد آثار

مترتبة علي شخصية الكفيف منها : (١) الآثار الناتجة عن عمليات النمو العقلي كالتصور والتخيل ، (٢) التأثير علي قدرة الفرد وعملية التفاعل الوجداني ، (٣) عدم قدرته علي الحركة بحرية ، (٤) عدم إدراك الكفيف للبيئة المحيطة به ، (٥) يؤثر علي عمليات الثقة بالنفس ويؤدي بالشعور بعدم الأمن والإنطواء والعزلة الإجتماعية .

(ب) الصمم وضعاف السمع . يتحدد الفرد الأصم بأنه الشخص الذي فقد سمعه ولايمكن إستخدام حاسة السمع في حياته اليومية . وقد يحدث الصمم بصورة خلقية موروثة قبل الولادة وأثناء فترة الحمل ، وذلك نتيجة لإصابة الأم بالحصبة الألمانية ، أو إختلاف عامل الدم (R H) ، الذي يحدث للإصابة بفيروس أو خلل وظيفي في الجهاز السمعي أو الغدة الدرقية قبل الولادة أو أثنائها .

ويوجد نوعان أساسين للصمم هما :

أولاً : الصمم الخلقي الذي يحدث نتيجة عدة عوامل مجتمعة ، وهي : العوامل الوراثية ، الإصابة بالزهري ، الإلتهابات التي تصيب أغشية المخ ، نقص الأوكسجين في الدم للطفل ، وتعاطي الأم أدوية خلال فترة الحمل . ويقدر عموماً ، من يصاب بهذا الصمم الخلقي بحوالي ٦٠٪ من مجموع حالات الصمم ككل .

ثانياً : الصمم المكتسب ، ويحدث نتيجة لأسباب مكتسبة أو عارضة ، بعد ولادة الأطفال متمتعين بكافة حواسهم ، ولكنهم أصيبوا في إحدي مراحلهم العمرية نتيجة مرض أو حادث . ومن أهم هذه الأسباب ، الإصابة بالأمراض المعوية في مرحلة الطفولة مثل الحمي القرمزية ، الحصبة ، الإلتهاب السحائي ، المضاعفات بعد العمليات الجراحية في الأذن ، والحوادث .

ولقد استطاع العلماء أن يستخدموا مقاييس إكلينيكية محددة ، للتعرف علي ضعاف السمع وتقدير مشكلاتهم الطبيعية . ويوصف ضعاف السمع بأنهم الأفراد الذين لديهم ضعف في السمع يحول دون تعلمهم الكلام أو الإتصال اللغوي والفكري ، ويتراوح ضعف السمع بين ٢٠ - ٦٠ وحدة صوتية ، أما إذا زادت هذه النسبة إلي ٩٢ وحدة صوتية فيعتبر الفرد أصماً تماماً .

ومن أهم مشكلات فقدان السمع ، صعوبة الإتصال والتفاعل مع الآخرين ، والإهتزاز النفسي والإنفعالي ، مثل الإنطوائية والعزلة الإجتماعية ، وعدم الثبات النفسي بصورة عامة ، وصعوبة النضج الإجتماعي نتيجة ، لفقدان إستخدام اللغة كوسيلة للإتصال بالآخرين . كما توجد وسائل مستخدمة لتعليم الأصحاء مثل ، التدريب علي معرفة حركة الشفتين ، وتعلم الحروف الهجائية والأرقام الحسابية علي اليد ، وتعلم الإشارات للتعبير عن الأشياء ، وقد تجمع وسائل التعليم بين هذه الوسائل مجتمعة .

(جـ) البكم وضعاف النطق والكلام : وتشمل هذه الإعاقات فئات مختلفة ، منها العجز الكلي عن الكلام أو القصور الجزئي ، أو فقدان القدرة علي النطق بدرجاتها المختلفة مثل ، الكلام التشنجي ، والتاتاة ، والفافاة ، واللجلجة وهي التردد في الكلام بسبب العيوب العضوية كما قد تحدث الأسباب لحدوث إعاقات الإتصال (البكم أو ضعاف النطق والكلام) ، نتيجة للأسباب الوراثية ، أو خلال فترة الحمل والولادة ، أو تحدث لأسباب مكتسبة بعد الولادة مباشرة أو في مراحل عمرية مختلفة نتيجة للإصابات والأمراض العضوية والنفسية .

وترجع أسباب عيوب الكلام إلي عدة عوامل نفسية ، أو عضوية أو صحية أو عصبية أو إجتماعية ، أما أسباب النطق فهي تشوهات خلقية في الشفتين أو الحلق أو الفكين ، وعيوب في اللسان من ناحية وضعه الطبيعي في الفم ، وجود خلايا عصبية مسيطرة علي النطق . ولقد استخدم الأطباء أجهزة متعددة لقياس السمع،

ومدي تأثيره علي النطق والكلام وصحة الأذن الوسطي ، وتوجد العديد من الإختبارات التي تقدر درجات الكلام ونوعية الإضطرابات فيه . كما توجد أنواع علاجية تقدم للمعاقين البكم ، ومن لديهم ضعف في النطق والكلام ، ومن أهمها ، العلاج الجراحي والطبي والنفسي ، والعلاج الطبيعي ، وتمرينات النطق والكلام أو مايعرف بعلاج الصوتيات الحسية .

ثالثاً : الإعاقات العقلية :

تعتبر الإعاقات العقلية من أهم الإعاقات التي تشكل نسبة عالية من المعوقين علي المستوي العالمي ، حيث أشرنا إلي ذلك سابقاً ، أن هذه النسبة تصل إلي ٣٪ (أي ثلث إجمالي المعوقين بصورة عامة) . وتحدد هذه الإعاقات ، بأنها نوع من العجز العقلي والنفسي للفرد للتكيف مع بيئته الإجتماعية ، والتي تصل إلي مرحلة عليا من السلبية الإجتماعية ، نتيجة لعدم الإدراك والتصرف المناسب في المواقف المختلفة ، والتي تؤدي إلي فشل في السلوك وتكوين العلاقات الإجتماعية .

وترجع أسباب الإعاقات العقلية [١١] ، مثل غيرها من الإعاقات الأخري، حيث يتأثر النمو العقلي للفرد نتيجة لمجموعة من العوامل الوراثية أو البيئية المكتسبة . كما شاعت الكثير من تقسيمات ضعاف العقول - حيث توجد بعض التقسيمات التقليدية والتي تعتمد أساساً علي درجات ونسب الذكاء - من أهم هذه الفئات : (١) المعتوهون وتقدر نسبة الذكاء لديهم بأقل من ٢٥ ، (٢) البلهاء ، وتتراوح نسبة الذكاء لديهم بين ٢٥ - ٥٠ ، (٣) المأفونون (المورون) وينحصر ذكاؤهم بين ٥٠ - ٧٥ . وكما هو معروف أن ذكاء الفرد العادي يتراوح مابين ٩٠ - ١١٠ ، ويعتبر من يفوق الحد الأعلي لهذه النسبة من الأذكياء أو العباقرة .

وبصورة موجزة ، توصف هذه الفئات الثلاث السابقة بذوي الإعاقات العقلية . وهي التخلف العقلي البسيط ، والمتوسط ، والشديد . وتعرف هذه الفئات عموماً

"بفئات المتخلفين عقلياً Mentally Retarded " . كما توجد فئة أخري وهي أكثر تخلفاً ، وتسمي بفئة مرض العقول Mental Disorders وتشمل حالات الجنون والحالات العصابية والهستيريا بأنواعها ، والذهانية (الفصام - سكتروفرانيا ، والفوبيا ، البارانويا وغيرها) . وعلي أية حال ، سوف نشير هنا إلي أهم فئات مرضي العقول والتي توصف حالاتها بالإعاقات العقلية الشديدة وهي بإيجاز ، كالآتي :

(أ) الفصام Schizophrenia ، يشير هذا المرض العقلي إلي حالة مرضية شديدة وتعكس تفكك الشخصية بصورة عامة من ناحية الإنفعال والنشاط الحركي ، والبعد عن الحياة الواقعية إلي عالم خيالي يتسم بالعزلة الشديدة ، كما تبدو أهم أعراض هذا المرض ، في صور متعددة من الهلاوس والهذيان للأشكال الواقعية ، وإعتبارها خاطئة تماماً / كما تظهر أعراض جسمية أخري علي المريض مثل عدم الإتزان للجهاز العصبي ، وبرودة الأطراف ، وتغير لونها ، وإتساع حدقة العين . علاوة علي ذلك ، يتصف المريض بالخمول والبلادة ، وتنتابه أفعال إنفعالية مفاجئة إستجابة للهلاوس ، كما تظهر الكثير من أعراض التفكير الفصامي وإضطرابات السلوك ككل .

وتوجد أنواع متعددة للفصام ، حسب تصنيفات علماء النفس له ، مثل : الفصام البسيط ، والطفلي ، والتخشبي ، والهذائي ، والوجداني ، والمراهقي ، والنمط المتزامن وغير المتمايز . أما أسباب حدوث الفصام ، فما زال يوجد خلاف بين العلماء لتحديد أهمها ، حيث يري البعض ، أن سبب حدوث الفصام سبب عضوي، ويري البعض الآخر ، أن الأسباب ، أسباب سيكوسوماتي . ولهذا يختلف كثيراً حول تحديد مدخل العلاج له . ولكن تؤكد الدراسات الحديثة ، أن الفصام يرجع إلي الأسباب السابقة مجتمعة سواء أكانت عضوية أم سيكوسوماتية . كما كشفت إحدي الدراسات الحديثة ، حول الإضطرابات العقلية في مدينة الأسكندرية

عن وجود معدلات عالية ترتبط بين حدوث الفصام والحياة الأسرية والإجتماعية المضطربة ، وإلي تغيير الظروف الإقتصادية . كما كشفت عن نتائج هامة ، حول علاقة هذه الأمراض والطبـــقة الإجتمـــاعية والبيئية الأيكولوجية ، والتنشئة الإجتماعية.(١١)

(ب) البارانويا Parnoia . ويطلق علي هذا المرض بالمفاهيم التقليدية الشائعة (بجنون العظمة) ، وهو يعكس نوعاً من الذهان الوهمي . والذي يظهر في أفكار متسلطة ، ويعبر عن مجموعة كبيرة من الأمراض النفسية والعقلية المتداخلة مثل ، حالات الأوهام الهسترية ، والفصام الهذائي ، وتظهر حالات البارانويا الشديدة ، عندما تظهر مجموعة من الأوهام الذهانية المستديمة حول فكرة معينة ، وتسيطر علي المريض وتوجه سلوكه وتصرفاته ، ويتخيلها علي أنها الواقع الفعلي . كما يربط العديد من العلماء بين هذا المرض (وخاصة علماء التحليل النفسي) ، وبين العقد النفسية الشديدة مثل عقدة أوديب .

وتتعدد العقائد الذهانية الوهمية للمريض في صور أشكال متنوعة وهي : البارانويا الإضطهادية ، وبارانويا العظمة ، والغيرة ، وبارانويا العشق (حيث يتصور المريض بأنه معبود الجماهير) . وترجع أسباب الإصابة لمجموعة من الأسباب ، وبعضها معروف ، والآخر مازال حوله الكثير من الإختلافات . ومن أهم تلك الأسباب المعروفة ، التي تنتج عن المشكلات الإجتماعية الأسرية ، وخاصة علاقات الطفل بوالديه ، وطبيعة التربية غير السليمة ، والمشكلات الجنسية الغيرية . وعموماً ، يرجع الكثير من العلماء ، بأن حالات كثيرة للبارانويا تعبر عن إنعكاسات مميزة لمشاعر المريض وإحساساته اللاشعورية ، والتي تتخذ لها صور ذهانية وهمية ، وترتبط بالتكوين النفسي ، وإضطرابات النمط العقلي والجنسي .

(جـ) ذهان الهوس والإكتئاب Monic - disprssive psychosis ، ويطلق علي هذا المرض اسم الذهان الدوري ، نظراً لحدوثه في

صورة نوبات دورية متكررة تعقبها حالات من الإكتئاب . ولكن في كثير من الأحيان تتخلل هذه الفترات حالات من الهدوء النسبي للمريض ويبدو كأنه في حالة طبيعية .
ومن أهم سمات هذا المرض وأعراضه المختلفة الأخري . أن كثيراً من حالات المرض تظهر بصورة فجائية وتدريجية ، كما يحدث المرض بصورة تلقائية ، وهناك إحتمالات العودة إليه بعد العلاج ، ولهذا المرض الكثير أيضاً من المظاهر الهذائية والهلاوس المختلفة .

وتنتاب المريض حالات من الفرح والحزن المتعاقبة ، ويشعر بالإرهاق والتعب وقلة النوم ، ويثار بسرعة ولأبسط الأشياء . كما تظهر له سلوكيات خطيرة تصل إلي إرتكاب الجرائم العدوانية المختلفة ، وإدمان المشروبات الكحولية والمخدرات . وكثيراً مايشعر بالإكتئاب والشعور بالذنب إلي حد التفكير في الإنتحار . وعموماً ، يعتبر هذا المرض من أكثر الأمراض العقلية إنتشاراً ، حيث تبلغ نسبة المصابين به ٨٪ من إجمالي مرضي المستشفيات العقلية ، ويبلغ متوسط العمر للمرضي ٤٠ سنة ، ونسبة الإناث إلي الذكور ٣ - ٢ تقريباً . وفي الواقع أن لدينا مؤشرات أكثر من ذلك وخاصة نسبة الإناث إلي الذكور ، كما تشير نتائج دراستنا الميدانية وهذا ماسوف نعالجه لاحقاً .

رابعاً : الإعاقات الإجتماعية :

يعتبر مفهوم الإعاقات الإجتماعية ، من المفاهيم الحديثة التي يطرحها بعض علماء الإجتماع والنفس والطب النفسي الإجتماعي وغيرهم ، وذلك إيماناً منهم بمدي إرتباط مفهوم الإعاقة بنوعية الحياة الإجتماعية والبيئية التي توجد في المجتمع ذاته . ويسعي هؤلاء العلماء للتعبير عن أفكارهم الأساسية ، عند تناول أي مشكلة إجتماعية تحدث في المجتمع الحديث ، فطبيعة هذه المشاكل قد تظهر في جماعة أو جماعات أو في مجتمعات محلية متغيرة . ومن ثم ، يجب أن نعالج هذه المشاكل من ناحية التعرف علي أسباب حدوثها ونتائجها السلبية علي كل من الفرد والمجتمع .

علاوة علي ذلك ، ضرورة تحليل قوية إرتباط هذه المشاكل بالظروف الإقتصادية والسياسية والإجتماعية التي توجد في المجتمع . ومما لاشك ، أن العوامل البيئية والمجتمعية تأثيرات متعددة ، علي تكوين المشاكل الإجتماعية المختلفة .

ومن هذا المنطلق ، وفي إطار تحليل دراسة مشكلة المعوقين ، نجد الكثير من الآراء ، التي تسعي جاهدة لضرورة تغيير مفهوم الإعاقة ذاته ، والذي لايجب أن يقتصر فقط علي المفهوم التقليدي الشائع ، وتصنيف المعوقين حسب حالاتهم البيولوجية والطبية الإكلينيكية فقط . بقدر مايجب أن نشير إلي ، "إعاقات إجتماعية" أو معاقين إجتماعياً وهذا بالفعل ، مايوجد في الواقع . ومن ثم ، يمكن تصنيف حالات أو فئات معاقة إجتماعياً مثل الأحداث ، أو الأحداث الجانحين ، والعاطلين ، والأميين ، والمتسولين ، والأرامل والأيتام ، وكبار السن ، ومدني الكحوليات والمخدرات ، والمتشردين والمجرمين وغيرهم .

وفي حقيقة الأمر ، نجد الكثير من إهتمامات الباحثين بقضية المعوقين تتركز علي التصنيفات التقليدية للمعوقين إنطلاقاً من تحديدهم حول فئة المعاقين ، أو من هو المعاق بالفعل . ولكن يغيب عن إدراكهم مدي أهمية النظر إلي الفئات المعاقة إجتماعياً ، والتي يجب أن توجه إليها سياسات الرعاية والتأهيل الإجتماعي والنفسي والمهني ، حتي لاتصبح هذه الفئات ، فئات معاقة ويحمل مسئولياتها كل من الفئات القادرة والمجتمع الذي يعيشون فيه .

وبصورة موجزة ، أن هناك الكثير والكثير من مظاهر وأعراض الإعاقات الإجتماعية ، وتتعدد تلك الفئات في المجتمع . كما توجد العديد من الأسباب التي تؤدي إلي حدوث تلك الإعاقات وتفاقم نتائجها السلبية علي الفرد المعاق إجتماعياً والمجتمع ذاته . وهذا مايسمي حديثاً "بالأمراض الإجتماعية" ، التي يجب أن توجه إليها السياسات الإجتماعية للحد من هذه الإعاقات والعمل علي دمجهم إجتماعياً .

خامساً : متعددو الإعاقات (أو ذوو الإعاقات المتعددة) Multi - handicapped ، ويقصد بهذه الفئة من المعاقين ، الأفراد الذين يعانون من أكثر من إعاقة واحدة في نفس الوقت مثل الشلل مع التخلف العقلي أو الإعاقات الحركية والسمعية الصم والبكم ، أو التخلف العقلي مع عيوب الكلام وضعف السمع والبصر وغير ذلك من إعاقات مزدوجة أو مركبة أخري .

وما من شك ، أن هذه الفئة تعاني من مشاكل إجتماعية ونفسية وتأهيلية متعددة نتيجة لطبيعة الأمراض التي تلازمهم ، والتي تتميز أغلبيتها بأنها أمراض أو إعاقات متزامنة . كما تختلف خصائص أو سمات الفرد من ذوي الإعاقات المتعددة بنوعية إستعداده للتدريب والتأهيل المهني أو التكيف والتفاعل النفسي والإجتماعي ، وبالطبع يتحدد ذلك في ضوء نوعية الإعاقات ودرجات شدتها ، وآثارها علي المعوق نفسه . وكثيراً ما يعاني ، أصحاب هذه الفئة من المعاقين بالفشل مع أساليب الرعاية والتأهيل ، نظراً لحالات الإحباط النفسي الشديدة التي تنتج عن جملة الإصابات أو العجز الذي يعانون منه . وتزداد مشكلة متعددي الإعاقات من آثارها النفسية والإجتماعية علي أسر هذه الفئة ، كما يشعر كل من المعاق وأسرته بالنبذ الإجتماعي، ومشاعر النقص والعزلة ، والإحباط والتوتر النفسي والعصبي . كما تظهر بعض المظاهر السلوكية الشاذة والمصاحبة للأمراض المتعددة ، لذوي الإعاقات المتعددة ، مثل السلوك العدواني ، والمنحرف والإنطوائي ، وكثير من مظاهر السلوكيات غير التوافقية.

وتعتبر عمليات التأهيل والتدريب المهني والنفسي والإجتماعي ، من العمليات المكلفة إقتصادياً ، سواء علي الفرد أو الأسرة أو المجتمع ، مما يؤثر ذلك علي مواصلة هذه العمليات ، والقصور في كثير من الأحيان في مجال علاج ورعاية تلك الفئة المعاقة وخاصة في المجتمعات الفقيرة أو النامية .

وأخيراً ، وبعد تناولنا الموجز ، لأهم تصنيفات المعوقين ، والخصائص العامة التي تتميز بها الفئات المعاقة جسمياً أو حسياً أو عقلياً أو إجتماعياً أو متعددي الإعاقات . نود أن نؤكد مرة أخري ، أن هناك بعض التداخلات في عمليات التصنيف لهذه الفئات ، ولكن هذا لايقلل من أهمية عملية التصنيف وأهدافها الأساسية ، وهي محاولة التعرف والفهم بصورة أعمق لهذه الفئات ، وكيفية الإعداد والتخطيط لتدريبها ورعايتها وتأهيلها . بالإضافة إلي ، معرفة العوامل المسببة للإعاقات ، والآثار الناتجة عنها علي كل من المعاقين وأسرهم والمجتمع وهذا ماسوف نعالجه تباعاً .

الهوامش والمراجع :

(1) Harris , A. C. , Handicapped and impaired in Great Britain, London : Homoes Publish. Co., 1979.

(2) Hodges, B., "Handicapp or special Need ? " in J. Clark & J. Henderson (ed.) Community Health , London : Churcill Livingstone, 1983, pp. 40 - 41.

(3) Townsend, P. Poverity in the United Kingdom, Hamondsworth; Penguin, 1979, p. 2.

(٤) اعتمدنا علي المصدر التالي في تحديد تعريف منظمة الصحة العالمية حول مفهوم الإعاقة وغيره من المفاهيم المرتبطة به :

- Acheson, B. M. & S. Hagand, Health, Society and Medicine, An Introduction to Community Medicine , Oxford : Black well secentific , Publish Co., 1984, p. 343 .

(٥) عثمان لبيب فرج ، مرجع سابق ، ص ١٥ .

- كما توجد بعض التعريفات الدولية الأخري " للإعاقة " ومنها التعريف الذي صدر في إعلان الأمم المتحدة حول حقوق المعاقين ، والذي يشير إلي كلمة "معاق" بأنها تعني شخصاً عاجزاً ، كلياً أو جزئياً ، وضمان حياة شخصية أو إجتماعية طبيعية ، نتيجة نقص خلقي أو غير خلقي في قدراته الجسدية أو الفكرية " . انظر : المرجع السابق ، ملحق رقم (٣) ، ص ٦٤ .

(٦) للمزيد من التحليلات حول المفهوم التقليدي للإعاقة ، والذي يقتصر حول المعاني البيولوجية أو الصحية ، وبين ضرورة إستخدام مفهوم الإعاقة بالمعني الإجتماعي الأوسع شمولاً ليشير إلي فئات معوقة إجتماعياً أخري ، راجع

في هذا الصدد :

- عبد الباسط عبد المعطي ، " إدماج المعاقين في التنمية " ، سلسلة الدراسات الإجتماعية والعمالية (١٧) ، مرجع سابق ، ص ٢٥٢ ، ص ٢٥٣ .

(٧) ارجع إلي :

- عبد الفتاح عثمان ، مرجع سابق ، ص ١٣ .

وأيضاً : - محمد سيد فهمي ، السلوك الإجتماعي للمعوقين : دراسة في الخدمة الإجتماعية ، الأسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث ، ١٩٨٣ ، ص ٤٣ - ٤٤.

(٨) اعتمدنا بصورة أساسية علي المراجع التالية عند تحليل مشكلة تصنيف المعوقين:

- محمد سيد فهمي ، مرجع سابق ، الفصول ٢ ، ٣ ، ٤ .

- عبد الفتاح عثمان ، مرجع سابق ، من ص ٨٣ - ص ٩٥ .

- عبد الباسط عبد المعطي ، مرجع سابق ، ص ٢٥٤ .

- محمد لبيب فرج ، مرجع سابق ، ص ١٨ - ٢٠.

- إقبال مخلوف ، الرعاية الإجتماعية وخدمات المعوقين ، الأسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩١ ، ص ٥٨ - ٦٥ .

- محمد عبد المنعم أنور ، الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيل : القاهرة : مكتبة القاهرة الحديثة ، ١٩٧٣ ، ص ٢١٦ - ٢٥٠ .

- مختار حمزة ، سيكولوجية ذوي العاهات ، ط ٢ ، جدة : دار المجمع العلمي ، ١٩٧٦، الفصل ٣ - ١٠ .

(٩) توجد بعض التحليلات الطبية الهامة لأعراض أمراض القلب وعلاقتها بالعوامل الوراثية والبيئية والنفسية وأثرها في حدوث الإعاقات ، كما توضح هذه التحليلات علاقة الجهاز العصبي وحدوث التخلف العقلي ، وشلل الأطفال والإعاقات الحركية الأخري انظر في هذا الصدد :

– أحمد السعيد يونس ، مصري حنورة ، رعاية الطفل المعوق ، القاهرة : دار الفكر العربي، ١٩٩٠ ، (الجزء الأول) ص ٣٥ – ٥٨ .

(١٠) توجد بعض الدراسات الهامة الأخري التي اهتمت بدراسة المكفوفين كإحدي الفئات الإجتماعية المعاقة والتي تُعتبر ذات قيمة هامة للقاري منها علي سبيل المثال :

– سيد صبحي ، السلوك التفاعلي للكفيف ، القاهرة : مركز تدريب وتأهيل المكفوفين ، ١٩٨٥ .

– سيد خير الله ولطفي بركات أحمد ، سيكولوجية الطفل الكفيف وتربيته ، القاهرة : ١٩٦٧ .

– أحمد الشرباصي ، في عالم المكفوفين ، القاهرة : ١٩٥٦ .

– توماس كارول ، ترجمة صلاح مخيمر ، رعاية المكفوفين : نفسياً ، إجتماعياً، مهنياً : القاهرة : عالم الكتب ، ١٩٦٩ .

(١١) هناك عدة عوامل أساسية يشيع إستخدامها للتعريف بالتخلف العقلي في البلدان المختلفة ومن أهمها ثلاث عوامل وهي : (١) عامل الذكاء (٢) عامل القدرة علي التعلم وإكتساب المهارات (٣) عامل القدرات الإجتماعية – لمزيد من التفاصيل ارجع إلي :

– محمد خليل الحداد ، أسباب التخلف العقلي وطرق قياسه ، سلسلة الدراسات الإجتماعية والعمالية ، مرجع سابق ، ص ٧٩ – ٩٥ .

(١٢) أجريت هذه الدراسة علي عينة من سكان أحياء مدينة الأسكندرية ، وطلاب المرحلة الثانوية ، وطلاب جامعة الأسكندرية ، للتعرف علي الإضطرابات الشخصية والعقلية خلال الفترة مابين ١٩٧٠ - ١٩٨١ ، وركزت الدراسة علي معرفة أنواع الإضطرابات العقلية المتعددة بين أفراد العينة ، وعلاقته بالنوع والجنس ، والبيئة الأسرية ، والطبيعة الإجتماعية ، والظروف الإقتصادية والإجتماعية وغير ذلك من متغيرات أخري متعددة للمزيد من التفاصيل انظر :

- علي عبد الرازق جلبي ، الطب النفسي الإجتماعي ، الأسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٩ .

كما توجد بعض الدراسات السوسيولوجية الهامة التي تناولت مشكلات المرض العقلي وكيف اهتم علماء الإجتماع بتحليل هذه المشكلة من وجهة النظر الإجتماعية ، ونوعية العوامل والأسباب التي تؤدي إليه في العصر الحديث، وأهمية دراسة المؤسسات العلاجية . انظر :

- نويل تيمز ، علم الإجتماع ودراسة المشكلات الإجتماعية - ترجمة وتعليق غريب سيد أحمد ، الأسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٧ ، (الفصل الرابع) .

المبحث الرابع

اسباب الإعاقة والآثار الناتجة عنها

تمهيد:

(١) أسباب الإعاقة .

(٢) الآثار الناتجة عن الإعاقة .

تمهيد :

عكست تحليلاتنا السابقة حول كل من مفهوم وتصنيفات الإعاقة والمعوقين ، عن مدي تعدد تلك المفاهيم والتصنيفات ، نظراً للكثير من المعاني والآراء المتداخلة حول مشكلة المعوقين في العصر الحديث بصفة عامة . كما توضح تلك التحليلات الكثير من المحاولات التي سعت لتوضيح ، بعض المفاهيم التقليدية حول الإعاقة ، فلم تعد تلك المفاهيم أكثر قبولاً في الأوساط العلمية في الوقت الحاضر ، نظراً لإقتصارها علي التعريف بالإعاقة والعجز في ضوء المعاني البيولوجية والصحية أو الفيزيقية الجسمية فقط . الأمر ، الذي ترتب عليه أيضاً ، تقييم التصنيفات التقليدية، التي تحدد الفئات المعاقة في المجتمع ، وأضيفت بالفعل الكثير من الفئات المعاقة الأخري ، ولاسيما فئة " المعاقين إجتماعياً " وتشمل عدداً من الفئات التي لم تعد قادرة علي مواجهة الحياة الإجتماعية المعقدة . كما نجد الكثيرون يؤكدون علي أن هذه الفئات المعاقة إجتماعياً ، ماهي إلا ضحايا المجتمع ذاته . وأن غياب سياسات الرعاية الإجتماعية ، كانت إحدي الأسباب الرئيسية وراء تزايد أعداد تلك الفئات وآثارها السلبية علي المجتمع بأسره .

ومن هذا المنطلق ، تعكس آراء المهتمين بمشاكل المعوقين علي ضرورة تأهيلهم وتدريبهم ، والتخلص من أسباب إعاقتهم في المجتمع ، والسعي لإعتراف كل من الجهات الرسمية الحكومية والعامة ، بأن تلك المشكلة ، يجب أن تحمل مسئولياتها المجتمع ككل ، وليس الفرد المعاق وأسرته فقط . وربما تكشف دراسة وتحليل العوامل المسببة للإعاقة الكثير من الجوانب السوسيولوجية الأخري لأبعاد مشكلة المعوقين . حقيقة ، هناك مجموعة من العوامل البيولوجية ، والوراثية والفسيولوجية، التي تؤدي إلي الإصابة أو العجز أو الإعاقة ، ولكن نجد أن مصدر الكثير من تلك العوامل تتداخل معها مسببات وعوامل أخري إجتماعية من الدرجة الأولي . ومن ثم ، يجب عدم التركيز فقط علي تلك العوامل ، دون الإهتمام بصورة أكثر بالعوامل ذات

الخطورة والمسببة لزيادة معدلات الإعاقة والمعوقين في المجتمع الحديث . فأمراض الدم الوراثية ، والأمراض العقلية ، والصمم والبكم وفقدان السمع أو البصر ، تنتج عن عوامل إجتماعية وبيئية بصورة أساسية . فقد يكون مصدرها " زواج الأقارب " ، والمشاكل الأسرية والتفكك الإجتماعي ، ونقص الوعي الصحي ، والجهل والأمية ، وسوء التغذية ، وإنخفاض المستوي الإقتصادي والتعليمي وغير ذلك من أسباب متعددة . وعلي أية حال ، نحن نسعي حالياً ، لتحليل أهم الأسباب المؤدية لحدوث الإعاقة للتعرف علي حقيقة هذه المشكلة وأبعادها المختلفة .

(١)- أسباب الإعاقة :

في حقيقة الأمر ، يكشف تحليل تراث أسباب الإعاقة أو العوامل التي تؤدي إلي حدوثها ، عن وجود شبه إتفاق بين المهتمين بتحليل هذه المشكلة ، من ناحية تحديد هذه الأسباب إلي نوعين أساسيين هما : أولاً : العوامل الوراثية ، وثانياً : العوامل البيئية . ولكن بالطبع ، تندرج تحت تلك الأسباب أو العوامل مجموعة من الأسباب الفرعية الأخري ، والتي تشكل النوعية الرئيسية . وعلي أية حال ، سوف نركز إهتمامنا علي تحليل مجموعة من أهم هذه الأسباب والتي نعتبرها تلعب دوراً أساسياً في حدوث الإعاقة ، وهي باختصار . (١)

أولاً : العوامل الخلقية Congenital Disorders ، وتشير هذه العوامل إلي مجموعتين رئيسيتين هما : العوامل الوراثية الجينية ، والعوامل غير الوراثية :

١ - العوامل الوراثية الجينية ، وتؤثر هذه العوامل علي حدوث إصابات تقدر بما يقرب (٣٪) من حجم أعداد الولادة في العالم ، كما تؤدي إلي حدوث وفاة مبكرة لدي الأطفال الرضع ، ولكن معظمها يسبب حدوث إعاقات للأطفال منذ الولادة وحتي سن البلوغ . وأكثرها إعاقات تكون عقلية أو فقدان السمع والبصر كلية ، كما تؤدي إلي حدوث إعاقات جسمية أو حركية أخري .

٢ – العوامل غير الوراثية ، تشكل هذه العوامل ، إحدي الأسباب الرئيسية لحدوث الإعاقات سواء في الدول النامية أو المتقدمة ، ولكنها تظهر بصورة أكثر علي مستوي الدول النامية ، والتي يولد بها ($\frac{٣}{٤}$) عدد الأطفال المولودين سنوياً علي مستوي العالم ، كما تنتج تلك العوامل ، عن عدم توافر البيئة الصحية الملائمة ، التي تؤثر علي الجنين أثناء فترات الحمل ، وولادة أطفال ناقصي النمو بدرجة كبيرة نتيجة لسوء التغذية . وتندرج تحت هذه العوامل مجموعة فرعية مسببة لحدوث الإعاقة ومن أهمها :

أ – سوء التغذية والأنيميا الشديدة أثناء فترة الحمل كما أشرنا سابقاً ، أن حدوث هذه الأمراض تتركز بصورة أكثر في الدول النامية ، التي تنتج عن قلة تناول الوجبات الغذائية السليمة للحوامل ، وولادة الأطفال ناقصي النمو ، كما يسهم في زيادة حدوث الإعاقات نتيجة هذه الأمراض ، قلة الوعي الإجتماعي والصحي ، والزواج المبكر وكثرة الإنجاب .

ب – الأمراض التي تصيب الأم الحامل ومن أهمها مرض الحصبة الألمانية الذي يصيب الأم الحامل ، ويؤثر علي الجنين وحدوث إعاقات متعددة علي الأطفال بعد الولادة . كما تساهم أمراض أخري في ذلك أيضاً ، مثل الأنفلونزا والزهري ، والعديد من الإصابات الفيروسية الأخري . كما تشكل إصابة الأم الحامل بأمراض ، مثل السكر ، وإلتهاب الغدة الدرقية ، وتناول العقاقير بدون إستشارة الأطباء ، وإدمان المسكرات والمخدرات ، وعقاقير الهلوسة وغيرها ، من حدوث إعاقات متنوعة للأطفال خلال فترات الحمل أو بعد الولادة مباشرة . علاوة علي ذلك، تساهم العادات والتقاليد الخاصة بزواج الأقارب ، والزواج المبكر أو المتأخر من حدوث إعاقات متعددة أيضاً .

ثانياً : الأمراض المعدية المتنقلة Communicable Diseases ، تؤدي هذه الأمراض إلي زيادة معدلات الإعاقة ونسبة المعوقين بوسائل متعددة مثل :

١ - إصابة الجنين خلال فترة الحمل نتيجة إصابة الأم الحامل .

٢ - الخلل في عملية التغذية ، والإصابة بالأمراض المعدية مثل النزلات المعوية والإسهال عند الأطفال ، ونقص المناعة نتيجة لسوء التغذية وحدوث الجفاف .

٣ - تكرار الأمراض المزمنة ، والتي تؤثر في زيادة معدلات العجز ، مثل السل والملاريا .

٤ - حدوث الإصابة بالأمراض الميكروبية أو الفيروسية المعدية ، والتي تؤدي إلي إعاقات دائمة ، مثل حالات شلل الأطفال أو الإلتهاب السحائي أو التراكوما والجذام . ويمكن الإشارة إلي بعض التقديرات لحدوث تلك الأمراض ومدي صلتها بحدوث الإعاقة :

(أ) شلل الأطفال - Poliomyelitis . قبل إكتشاف اللقاح الوقائي لهذا المرض ، كانت تمثل الإصابة به ٣٪ من كل مائة ألف حالة من السكان سنوياً ، وتقدر نسبة إصابة المرض في الدول النامية وخاصة التي تطبق برامج التحصين الشامل بحوالي (٥ر٢ مليون) أو حدوث ٧٥ ألف إصابة سنوياً .

(ب) التراكوما - Trachoma ، يعد هذا المرض من أكثر الأمراض المعدية إنتشاراً في العالم ويصيب العيون ، حيث يقدر إجمالي الإصابة سنوياً مابين (٤٠٠ - ٥٠٠ مليون) ، يفقد من بينهم (٢ مليون) أبصارهم كلية نتيجة هذا المرض ، وحوالي (٨ مليون) أخرون يصابون بقصور شديد في الأبصار .

(جـ) الجذام - Leprosy ، تشير التقديرات العالمية أن حوالي (١٥ مليون) يصابون بهذا المرض ، فمن بينهم (٥ر٣ مليون) معاقون تماماً .

وبالإضافة إلي تلك الأمراض المعدية ، هناك مجموعة أخري من تلك الأمراض ، تؤدي إلي حدوث إعاقات متعددة وتصنف ضمن الأمراض المعدية المتنقلة

مثل (الملاريا ، والسل ، والإلتهاب السحائي، والحصبة ، والأمراض السرية) . وتقدر عموماً ، نسبة الإعاقة بتلك الأمراض المعدية مجتمعة بحوالي (١٪) من إجمالي سكان العالم .

ثالثاً : الأمراض الجسمية غير المعدية - Non - communicable Somatic ، وتسهم هذه الأمراض في زيادة معدلات الإعاقة في العالم ، ومن أهم هذه الأمراض مايعرف ، بالإنزلاق الغضروفي ، وروماتيزم المفاصل ، وأمراض القلب، والصرع والسرطان ، وبعض أمراض العيون ، والجهاز التنفسي ، وضغط الدم وغيرها . وتشير بعض تقديرات منظمة الصحة العالمية ، أن إجمالي حالات الإعاقة الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية تقدر بحوالي (٢٠ مليون) علي مستوي العالم ، ولكنها ترتبط بحالات كبار السن ، كما أنها تنتشر بصورة أكثر في الدول المتقدمة . كما يعتبر السرطان من أهم تلك الأمراض وتنتج عنه حالات إعاقة تقدر (٧٥ر٠٪) من إجمالي سكان العالم .

رابعاً : الأمراض النفسية والعقلية ، تشير إحصاءات منظمة الصحة العالمية، أن إجمالي إصابات الأمراض النفسية والعقلية علي المستوي العالمي تقدر بحوالي (٤٠ مليون) نسمة . إضافة إلي ذلك ، يصيب مرض (الصرع) بمفرده حوالي (١٥ مليون) نسمة من إجمالي سكان العالم . وتساهم العديد من الأمراض النفسية الناتجة عن سوء التكيف الإجتماعي والنفسي في كثير من حالات الإعاقة ، وخاصة حالات عيوب النطق والكلام مثل التأتأة والفأفأة وغيرها ، كما أن العديد من هذه الأمراض تنتج عن أساليب التربية والتنشئة الإجتماعية غير السليمة والمتطرفة كما في حالات التدليل الشديد للأطفال ، أو حالات الحرمان والمعاملة الأسرية القاسية .

خامساً : الحوادث ، يشير مفهوم الحوادث إلي معان متعددة في الوقت الحاضر ، وتسهم بصورة كبيرة في زيادة معدلات الإعاقة بصورة عامة . وتعتبر حوادث الطرق والمرور مسئولة عن إعاقة (٥ر٨٪) من المعاقين عالمياً ، والتي تقدر

نسبياً بحوالي (٣٠ مليون) نسمة . وبالطبع ، ترتبط زيادة معدلات هذه النسبة بدرجة التحضر والتصنيع والوضع الإقتصادي . وبالفعل ، أشارت معدلات الدراسة الميدانية إلي نسبة عالية جداً ، وخاصة في مجتمعات الخليج العربي وهذا ماسوف نشير إليه فيما بعد .

وتعتبر حوادث العمل أيضاً من أهم الحوادث مساهمة في زيادة معدلات الإعاقة ، وتسهم بحوالي (٥ر٤٪) من المعاقين عالمياً أو مايقدر بحوالي (٥ر١٥) مليون معاق . أما حوادث المنازل فينتج عنها (٥ر٦٪) من حالات الإعاقة أي مايعادل (٣٠ مليون) هذا بالإضافة إلي ، مجموعة الحوادث الناتجة عن الكوارث الطبيعية مثل الحروب والزلازل والفيضانات والعواصف والجريمة والرياضة . وبالطبع ، تتفاوت معدلات هذه النسب علي مستوي بلدان العالم . فأحياناً تقدر إحدي نتائج الحروب وحدها بما يقدر بحوالي ٣ مليون معاق .

سادساً : الإدمان ، ويقصد بالإدمان هو ، عمليات الإدمان علي المسكرات والمخدرات وعقاقير الهلوسة . وفي حقيقة الأمر ، أن حوادث الإعاقة من الإدمان في حالة متزايدة علي المستوي العالمي ، نتيجة لعوامل متعددة يصعب سردها حالياً ، كما توجد هناك صعوبات جمة في معرفة الإحصاءات الرسمية أو علي الأقل التقديرية في أي مجتمع من المجتمعات النامية أم المتقدمة ، وذلك لإعتبارات متعددة أخري • وإن كانت تشير نتائج إحدي الدراسات التي أجرتها منظمة الصحة العالمية، في ١٤ دولة أن نسبة المدمنين تزيد عن (٢٪) من إجمالي عدد المجتمعات ذاتها ، كما أن هناك مالايقل عن حوالي ٤٠ مليون معاق أو عاجز نتيجة للإدمان علي مستوي العالم .

وبصورة موجزة ، يوجد الكثير من التفاوت بين دول العالم حول معدلات الإدمان وأثرها علي الإعاقة ، ولكن يمكن إعتبارها من أهم العوامل المسببة لها في الفترات الحالية . وبالطبع ، يرجع طبيعة التفاوت بين الدول لنوعية القوانين

والتشريعات والجزاءات والبيئة الإجتماعية والإقتصادية ، وغير ذلك من مجموعة عوامل متداخلة . وتشير إحدي التقديرات أن إجمالي إدمان المخدرات تقدر بحوالي ١ - ٢٪ في إيران علي سبيل المثال ، بينما تصل في الولايات المتحدة إلي ١٠٪ من إجمالي عدد السكان . كما يصل معدلات الإدمان علي المستوي العالمي بحوالي ٢٪ من إجمالي عدد السكان .

سابعاً : سوء التغذية ، يرجع إنتشار هذا المرض لطبيعة الظروف الإجتماعية والإقتصادية ، كما يعتبر سوء التغذية من أكبر المشاكل الصحية العالمية ، حيث يصيب مايقرب من (٥٠٠ مليون) نسمة في الدول النامية ، ولها نتائج سلبية علي الأطفال الرضع والحوامل ، ويساهم بمعدلات عالية في إرتفاع نسبة الإعاقة العالمية . ويعد نقص البروتينات من أكثر أمراض سوء التغذية ، حيث يقدر بما لايقل عن (١٠٠ مليون) طفل ومن سن الخامسة مصابون بهذا المرض في العالم الثالث ،كما يسهم نقص فيتامين (أ) في الإصابة بالعجز الكلي أو الجزئي ، وأن أكثر من (١ - ١٥) ألف طفل يفقدون أبصارهم سنوياً نتيجة هذا المرض . أما مرض إفتقار الغذاء إلي عنصر اليود والمسمي بمرض (الجوتر البسيط) فانه يصيب (٢٠٠ مليون) طفل في العالم ، كما يؤدي إلي كثير من الإعاقات العقلية [٢] . ويعاني مابين ٥٠ - ٨٠٪ من الأمهات الحوامل من مرض الأنيميا ، وكذلك نسبة كبيرة من الأطفال ، مما يؤدي ذلك إلي حدوث إعاقات متنوعة . كما تسهم أمراض أخري تحدث نتيجة سوء التغذية مثل الكساح ، ونقص فيتامين (د) والكالسيوم علي نمو العظام في زيادة حالات الإعاقة المختلفة .

ثامناً : كبر السن ، تعتبر حالات كبر السن من العوامل المسببة للإعاقة ، وتقدر هذه الفئة ممن يزيد أعمارهم عن ٦٠ سنة فاكثر . ويبلغ تمثيل هذه الفئة بحوالي ٢٠٪ من إجمالي عدد المعوقين . وإن كانت لاتوجد تقديرات أو إحصاءات حول هذه الفئة العمرية علي مستوي العالم أو الدول المتقدمة والنامية . ولكن تعتبر

مشكلة كبار السن من المشاكل ، التي تواجه معظم الدول المتقدمة وأيضاً النامية ، وتحتاج إلي المزيد من الرعاية الصحية والإجتماعية والنفسية . وعموماً ، فأنها تسهم في زيادة معدلات الإعاقة ومشكلة المعوقين علي المستوي العالمي .

تاسعاً : أمراض أخري بيولوجية ومهنية وبيئية ، وتشير هذه الأمراض ، إلي الحالات الأخري التي تسهم في مشكلة المعوقين وزيادة نسبتهم ، من أهم تلك الأمراض ، حالات الولادة المتعسرة أو الناقصة والأمراض المهنية المتعددة ، وحالات التسمم من الطعام أو المواد السامة ، والحرائق ، والجريمة . ويبلغ تقريباً إجمالي عدد المعاقين من هذه العوامل مجتمعة بحوالي (٢ - ٣ مليون) فرد علي مستوي العالم. .

عاشراً : الأيدز Aids [٣] . يعتبر مرض الأيدز من الأمراض الحديثة جداً ، والتي لم تعرف إلا في منتصف الثمانينات ، وإن كانت تشير التقارير الطبية أن أولي الحالات ظهرت في الولايات المتحدة عام ١٩٨١ ، وأكثر من ٣٠٠ ألف فرد أصيب من هذا المرض ، توفي منهم بعد خمس سنوات ٢٠ ألف فرد ، وفي الواقع ، أننا نشير هنا لهذا المرض ، باعتباره من الأمراض الإجتماعية والبيولوجية الحديثة ، التي تؤثر علي معدلات الإعاقة . وبالرغم من غياب الإحصاءات الدقيقة حتي الآن ، إلا أننا نري أن مرض الأيدز ، يعد أكثر خطورة من أمراض تسبب الإعاقات ، مثل التراكوما أو الجذام . كما أن هناك حالياً العديد من الدول ، التي اتخذت إجراءات طبية وعلاجية أكثر من إتخاذها لأمراض مثل السل الرئوي والجذام والدرن وغيرها من الأمراض التي تعتبر من العوامل المسببة للإعاقات المختلفة . والسبب يرجع إلي طبيعة ظروف مرض الأيدز والذي يؤدي إلي العزل الإجتماعي الشامل وفقدان العمل والتعامل مع الآخرين .

ويحدث الأيدز نتيجة الإصابة بفيروس معروف وهو (HIV) أو Human Immunodeficiency virus ، والذي يصيب جهاز المناعة للجسم كلية ، وربما يظل المرض لمدة خمس سنوات غير ظاهر . ولكن بمجرد الإصابة ، يعتبر جهاز المناعة

غير قادراً علي الإطلاق ، بخلاف الأمراض التقليدية الأخري مثل الأنيميا ، والسرطان ، والسل وغيرها من الأمراض الفيروسية . ويعتبر هذا المرض ، مرضاً عالمياً ، وحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية عام ١٩٩٠ ، أن أكثر من ١٠١ دولة يوجد بها الأيدز ، ويصل إجمالي المصابين به مابين (٥ - ١٠ مليون) علي مستوي العالم . وعلي الأقل (٢ مليون) منهم موجودون في أفريقيا ، ومابين نصف مليون في أوروبا . و (٥ مليون) في الولايات المتحدة ، كما تشير التقارير أيضاً أن ١٠٪ من إجمالي النساء الحوامل في الولايات المتحدة يحملون هذا المرض .

وتعتبر الممارسة الجنسية الشاذة ، من أهم العوامل المسببة للأيدز ، وتناول المخدرات ، وعمليات نقل الدم من حاملي المرض وغير ذلك من عوامل أخري . وبالطبع ، أن للأيدز آثار سلبية علي كل من الفرد المصاب وأسرته ، والتي تواجه تقريباً العزل الإجتماعي كلية من قبل المجتمع ، كما أن أكثر ضحاياه يجئ عن طريق نظم الرعاية الإجتماعية والصحية غير السليمة .

ومن ثم ، يكشف لنا مرض الأيدز عن دور الأسباب الإجتماعية Social Causes ، والتي تؤدي إلي حدوث المرض ذاته ، والكثير من حالات الإعاقة والعجز الفيزيقي والنفسي للفرد ولأسرته ككل ، نتيجة لنظرة المجتمع والشعور بالخجل الإجتماعي أمام الآخرين ، بغض النظر عن أن حامله يشعر بالذنب المباشر نتيجة لحدوث المرض ، أو نقل إليه عن طريق غير مباشر . ولم تستطع الأوساط الطبية إكتشاف علاج له حتي الآن ، وأفضل وسيلة له هي الوقاية الإجتماعية والأخلاقية Ethical & Social Prevention . كما أصبحت هذه المشكلة ، من أخطر الأمراض الإجتماعية والبيولوجية ، التي لم تشغل إهتمام كافة المتخصصين في العلوم الطبيعية والإجتماعية والسلوكية والأخلاقية ، بل أيضاً واضعي السياسات الحكومية والتشريعات القانونية . أن عملية التحكم والسيطرة في السلوك البشري Control Behavior ، باتت من أهم القضايا الإنسانية ، التي تشغل عالمنا المعاصر حالياً ،

كما أصبح من غير السهل علي الفرد أن يتجنب الإصابة بمرض الأيدز ، إلا عن طريق الوقاية الأخلاقية والإجتماعية والدينية السليمة . حتي ولو اكتشف الطب الحديث ، علاجاً لهذا المرض قريباً ، فما زالت المشكلة الأخلاقية والإجتماعية من أهم المشاكل ، التي تؤدي لحدوث الكثير من الأمراض البيولوجية ، والتي لم يعرفها الإنسان في الوقت الحاضر ، وخاصة في تلك المجتمعات التي تبتعد كثيراً عن تعاليم السماء ولا تحترم شرائع الله سبحانه وتعالي .

ومن هذا المنطلق ، تعكس تصنيفات الإعاقة والمعوقين ، والأسباب التي تؤدي إلي حدوثها ، الكثير من الجوانب الإجتماعية والبيئية والأخلاقية ، علاوة علي الجوانب البيولوجية الأخري . كما تثير عملية تحليل الأسباب ، التي تؤدي إلي زيادة معدلات الإعاقة في المجتمع الحديث ، عن كشف القصور في المفهوم التقليدي حول الإعاقة أو العجز أو الإصابة ، والكثير من المعاني الأخري المتداخلة معها . علاوة علي ذلك ، أنه ليس من البساطة ، أن نتعرف علي تلك الأسباب أو المعاني المرتبطة بمفاهيمها وقضاياها ، دون إدراك نوعية المشاكل الإجتماعية التي توجد في المجتمع ، وماهية العلاقة المتبادلة بين تلك المشاكل – بما فيها مشكلة المعوقين – وطبيعة السياسات الإجتماعية التي تكرس للتخفيف أو الحد والوقاية من تفاقم نتائج هذه المشاكل علي كل من الفرد وأسرته والمجتمع الذي يعيشون فيه . وربما نجد في "مرض الأيدز" أحد المشاكل الرئيسية التي تلقي المزيد من الأضواء علي ضرورة تفسير العلاقة بين المشاكل الإجتماعية والسلوك الإنحرافي وطبيعة السياسة والرعاية الإجتماعية ، ونوعية البناء الإجتماعي والأخلاقي ، والظروف الإقتصادية والإجتماعية والدينية وغيرها . وهذا ما أشرنا إليه ، سابقاً في تناولنا للعلاقة بين دراسة علم الإجتماع للمشاكل والسياسة الإجتماعية .

٢- الآثار الناتجة عن الإعاقة :

تعكس كتابات علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية ، وتحليلاتهم لقضية

الرعاية الإجتماعية ، مدي إهتمامهم بدراستها والعمل علي ضرورة توجيه خطط المجتمع لحل المشكلات الناتجة عنها ، وربما تعتبر تحليلات كل من روبرت ميرتون R.Merton ، وتالكوت بارسونز T Parsons ، ونيل سملسر N. Semelser وغيرهم، من أهم التحليلات التي سعت للكشف عن نوعية العلاقة بين البناء أو الانساق والنظم الإجتماعية ، وطبيعة الوظيفة التي تحدد تلك العلاقة . ولقد حرص (ميرتون) علي سبيل المثال ، أن يعرض لمظاهر الخلل الوظيفي Dys Funcational الناتج عن العلاقات السلبية وآثارها علي المجتمع ككل ومن هذا المنطلق ، سعي لطرح العديد من الوظائف البديلة Alternative Function ، كما تابع (ميرتون)، نفس الإتجاه موضحاً ومشيراً لنوعية الآثار السلبية ومدي إنعكاساتها علي الفرد والمجتمع ، في ضوء تصوراته المعروفة حول الوظائف الكامنة والظاهرة .

وحرص كل من بارسونز ، وسملسر ، علي تكملة الإتجاه الوظيفي ، الذي اقترحه ميرتون وغيره من رواد هذه الإتجاه ، حيث سعوا لدراسة الرعاية الإجتماعية، علي أنها نسق من التكامل Integration system ، مستخدمين تصورات ومتغيرات عديدة مثل ، المحافظة علي النسق ، والموائمة ، والتكيف ، وتحقيق الهدف [٤] . ومن ثم نري كيف اهتم علماء الإجتماع بالكشف عن الآثار والنتائج ، التي عن طريقها تحدث تصدعات علي كل من البناء والنظم الإجتماعية ، نتيجة للخلل الوظيفي ، الذي يحدث بينهما . وهذا يتضح ، بصورة أكثر واقعية ، في إطار دراستنا حول مشكلة الإعاقة والمعوقين ، وأهمية معرفة المشاكل الإجتماعية الظاهرة والمستترة ، التي تنعكس آثارها سواء علي الفرد المعاق أو أسرته أو المجتمع الذي يعيشون فيه . فمشكلة المعوقين تعتبر من المشاكل الإجتماعية ، التي تتداخل فيها العديد من الأسباب سواء أكانت صحية بيولوجية أم وراثية خلقية ، أم بيئية وثقافية ، أو أخلاقية وحضارية في نفس الوقت . كما بالطبع ، لها إنعكاسات وآثار علي كل الموجودين في المجتمع وليس الفرد المعاق ذاته . فأسباب الإعاقة حالياً متنوعة

وأصبحت عوامل مثل الإدمان والمخدرات ، والأيدز ، وحوادث الطرق التي تنتج عن تناول المسكرات ، لا تختلف عن سوء التغذية والأمراض الأخري ، التي تؤدي إلي زيادة معدلات الإعاقة في المجتمع ، وينتج عنها إعاقات التخلف العقلي ، والشلل ، والصرع وغيرها من الإعاقات الأخري ، والتي ترجع أسبابها إلي عوامل ثقافية وأخلاقية وإجتماعية وإقتصادية ، والتي يصعب تحليلها في إطار مفاهيم طبية أو بيولوجية فقط .

وعلي أية حال ، سوف نحاول أن نشير بصورة موجزة ، إلي أهم الآثار النفسية والإجتماعية والإقتصادية ، التي تعكسها مشكلة الإعاقة ، سواء علي الفرد المعاق أو الأسرة أو المجتمع .

أولاً : الفرد المعاق

حقيقة ، تتعدد أنواع الآثار التي تتركها الإعاقة علي المعوقين بصورة مباشرة، وتتخذ هذه الآثار مظاهر متنوعة وهي بإيجاز .

(١) الآثار النفسية : تؤثر الإعاقة علي المستوي الفردي بمظاهر سيكولوجية متعددة ، تجعل من المعاق كفرد في حالة معنوية سيئة ، نتيجة إحساسه بإعاقته دون الآخرين ، كما تدفعه للإنسحاب والعزلة الإجتماعية بصورة مستمرة . كما يشعر بالإكتئاب ، الذي يؤدي في بعض الأحيان إلي الإنتحار ، أو الإنضمام إلي عصابات الجريمة والمنحرفين ، كنوع من الإنتقام أو التمرد علي الوضع الذي فيه ، وتصوره بأن المجتمع أو الأسرة مسئولة عنه . كما تظهر لديه مخاوف متعددة ، نتيجة إعتماده علي الغير ، وعدم الشعور بالأمان والقلق المستمر ، كما يتعرض لأنواع متعددة ، من الأحباط نتيجة الفشل الذي يتعرض له سواء في عمليات العلاج أو التأهيل ، أو السلوك الإجتماعي السليم مع الآخرين . كما يلجأ المعاق ، إلي التبرير والتعويض والإسقاط ، وغير ذلك من أساليب سيكولوجية تعكس طبيعة عدم الإتزان الإنفصالي والنفسي عموماً .

(ب) **الآثار الإجتماعية** : تتنوع طبيعة الآثار الإجتماعية السلبية علي المعاق ، ومن أهم هذه الآثار ، العزلة والبعد عن معاملة الآخرين ، ورفض التعاون حتي مع أفراد أسرته ، والإتكالية في كثير من الأحيان ، وعدم المرونة أو التجاوب مع أقرب الناس إليه ، نتيجة للآثار النفسية التي يعاني منها / كما يتسم بالبعد عن مشاركة الآخرين في أوقات التسلية أو الفراغ ، وعموماً ، يتميز دوره الإجتماعي بسوء التكيف مع البيئة الإجتماعية والأسرية .

(جـ) **الآثار الإقتصادية** : بالطبع ، تترك الإعاقة كثيراً من المشاكل الإقتصادية علي المعوق ، خاصة وإن كان عاهل أسرته الوحيد ، وفي الغالب تؤدي الإعاقة إلي البطالة أو فقدان العمل أو قلة الإنتاجية ، مما يؤثر ذلك علي الدخل الإقتصادي ، ويزداد الأمر سوءً في الدول النامية ، حيث تعكس طبيعة الفقر وعدم توافر المهن ، وزيادة تكاليف العلاج والتأهيل أو عدم توافرها ، إلي الكثير من المشاكل الإقتصادية علي المعوق ، مما يترتب علي ذلك العديد من المشاكل النفسية والإجتماعية الأخري . وفي الواقع ، لقد تعددت التشريعات والإعلانات الدولية ، حول حقوق المعوقين في العمل والحصول علي الوظائف والمهن ، لحل بعض مشاكلهم بصورة عامة . حقيقة ، توجد الكثير من قوانين العمل في بعض الدول التي تحدد نسبة العاملين المعوقين بحوالي ٢٪ من إجمالي العاملين في القطاع العام والخاص، ولكن للأسف لاتطبق هذه القوانين نتيجة لأسباب متعددة ، وهذا ماسوف نعالجه لاحقاً في إطار نتائج الدراسة الميدانية الحالية .

ثانياً : أسرة المعاق .

في كثير من الأحيان من الصعب الفصل بين الآثار الناتجة عن العلاقة بين المعوقين وأسرهم ، وعموماً ، سوف نوضح هنا بعض الآثار الناتجة عن وجود أفراد معاقين داخل الأسرة ، وإلي أي حد تتأثر العلاقات الإجتماعية الأسرية بطبيعة هذه الإعاقات :

(أ) الآثار النفسية : تترك الإعاقة مجموعة من الآثار النفسية بين أفراد أسرة المعاق ، حيث تتأثر الأسرة بالعديد من المشاكل العاطفية والإنفعالية ، التي ترتبط بمراحل حدوث الإعاقة ذاتها ، والتي يمكن تصنيفها إلي مايلي (٥) :

١ – مرحلة الصدمة Stage of Shock ، وتظهر هذه المرحلة فور علم الوالدين والأسرة بحدوث الإعاقة سواء أكانت خلال مرحلة الحمل أو أثناء الولادة أو بعدهما . فالإنسان بطبيعته مخلوق ضعيف يتأثر بنوعية الأزمات وخاصة أنها ترتبط بأعز الناس لديه .

٢ – مرحلة الإنكار Disbelief Stage ، تعكس هذه المرحلة الفترة التالية ، لآثار الصدمة بحدوث الإعاقة ، وتمر الأسرة بحالة نفسية سيئة ، ويسعي الجميع إلي معرفة سبل كيفية علاج الإعاقة ، أو تبرير حدوثها والمسئول عن ذلك . وربما نري ، أن طبيعة الظروف الإجتماعية في مجتمعنا العربي تعكس الكثير من مظاهر وجوانب هذه المشكلة ، حيث يحرص أفراد الأسرة إلي إنكار المرض أو الإعاقة ، وخاصة الأمراض النفسية والعقلية نتيجة للآثار الإجتماعية المتعددة التي تتأثر بها الأسرة جميعاً وليس الفرد نفسه .

٣ – مرحلة الخوف والإحباط Stage of Fear and Frustration ، حيث يظهر في هذه المرحلة الكثير من المظاهر السيكولوجية ، التي تؤدي في بعض الأحيان إلي الإكتئاب والعزلة والإحباط ، نتيجة لتقبل الوضع الراهن لحدوث الإعاقة بين أحد من أفراد الأسرة . وخاصة إذا كان الجميع يسعي لإخفاء الإعاقة عن الآخرين بقدر الإمكان ، كما تظهر مظاهر القلق علي المرحلة المستقبلية ، بالنسبة للمعاق من ناحية العلاج والتعليم والتأهيل والعمل ، وغير ذلك من آثار متعددة تتعلق بالفرد المعاق وأسرته .

وفي حقيقة الأمر ، اهتم علماء النفس الإجتماعي بدراسة البيئة السيكولوجية Psychological Invironment لأسر المعاقين ، لمعرفة الآثار النفسية التي تنتج عن حدوث الإعاقة علي المستوي الأسري . حيث سعت دراسات كل من نيهرا Nihira ، ومايرز Meyers ، وماينك Mink وغيرهم (٦) لتحليل مشاكل الأسرة ذات الأعضاء المعوقين ، مستخدمين في ذلك العديد من الإجراءات البحثية الكيفية والكمية ، وكشفت عن مظاهر متعددة لعدم التكيف الأسري ، وحدوث العديد من التباين بين أفراد الأسرة حول سبل رعاية وتأهيل المعاق . وخلصت الدراسة إلي إمكانية وصف أسرة المعاق بأنها أسرة متعددة المشاكل Multiproblems family . حيث تتميز بعدم الإتزان العاطفي ، والإنفعالي ، والمناخ السيكولوجي غير الملائم Unsuitable Psychological Climate .

وتؤكد علي ذلك ، إحدي نتائج الدراسات الهامة ، التي ركزت علي معرفة الآثار السيكولوجية لعينة من ٢٤٠ والد للأطفال المعوقين ، والتي أجراتها كيومنجز (٧) Cummings ، حيث وجدت أن الغالبية العظمي منهم يشكون حالة نفسية سيئة ، وقد أحدثت إعاقات أبنائهم تغيرات كبيرة علي نمط الشخصية ، وحدوث حالات إكتئاب مستمرة ، وأنماط كثيرة من العزلة والقلق ، وقد ساهم ذلك بصورة سلبية علي رعاية الطفل والعلاقة النفسية والإجتماعية بين أباء وأمهات المعوقين اللذين أجريت عليهم الدراسة .

(ب) الآثار الإجتماعية ، في الواقع ، أن أسرة المعوق تتأثر بالعديد من مظاهر الحياة الإجتماعية غير الطبيعية ، حيث تؤثر طبيعة الإعاقة علي العلاقات الإجتماعية الأسرية ككل ، وعلي طبيعة علاقة أفراد الأسرة مع المعوق ذاته مما يعكس الكثير من المشاكل النفسية والإجتماعية عليهما معاً . ونحاول فيما يلي ، أن نشير حالياً ، لأهم الإتجاهات الحديثة لدراسة أسر المعوقين ، للكشف عن مظاهر الحياة الإجتماعية ، والآثار الناتجة عن الإعاقة نظراً لأهميتها بصورة عامة .

ركزت بعض الدراسات علي تحليل مايعرف بدورة الحياة الأسرية Family Life Cycle ، لتحليل العلاقة بين مجموعة من العوامل والميكانيزمات التي تكشف عن نمط النتائج والآثار الناتجة عن وجود أفراد معاقين داخل الأسرة . ومن أهم هذه العوامل (٨) :

– دراسة بناء الأسرة Family Structure ، والذي يشير إلي خصائص وسمات الأعضاء داخل الأسرة ، وحجم الأسرة Family Size ، وموطن الإقامة ، وطبيعة علاقات التجانس Homogeneity أو اللاتجانس Heterogeneity ، وطبيعة الوضع الثقافي Cultural Style للأسرة ، مثل الجنس ، والدين ، والمكانة الإجتماعية والإقتصادية . ثم الطابع الأيديولوجي Ideological Style . والذي يفسر نوعية المعتقدات ، والقيم ، والإتجاهات ، والسلوك الإجتماعي الذي يتحدد بنوعية الطابع الثقافي العام للأسرة .

– دراسة وظائف الأسرة Family Functions ، ويشمل ذلك الوظائف الإقتصادية ، والمهنية ، والتنشئة ، والطاعة ، والتعليم ، والتأهيل والتي تقدم عامة إلي المعوق داخل الأسرة .

– التفاعل الإجتماعي Family Interaction ، ويشير إلي السلوك بين أفراد الأسرة ، والتغيرات التي تطرأ علي نسق العلاقات الفردية والجماعية ، ومن أهم عناصر التفاعل : التماسك Cohesion ، القدرة علي التكيف Adaptability ، والتفاهم أو الإتصال Communication .

– التغيرات الوظائفية والبنائية Structural & Funcational Changes ، وتتضمن تلك التغيرات طبيعة المظاهر الجديدة لنوعية بناء الأسرة وطبيعتها الثقافية والأيديولوجية . ونوعية التغير في المؤهل ، والمهنة ، والوضع الإقتصادي غير المستقر وغير الملائم علي تحمل أعباء التعليم والعلاج والتأهيل للإعاقة في الأسرة .

وتعكس نتائج بعض الدراسات للآثار المباشرة Direct Effects علي طبيعة الحياة الإجتماعية والأسرية والعلاقة بين الوالدين ، للعائلات ذات الأطفال المعوقين . حيث أشارت دراسة كل من بلسكاي Belsky وريد Reed ، عن وجود علاقات إجتماعية غير مستقرة بين الوالدين للأطفال المعوقين ، فلقد تأثرت طبيعة الحياة الزوجية بعد حدوث الإعاقة بكثير من أنماط التفكك في العلاقات الإجتماعية ، كما بلغ معدل الطلاق Divorces rate ثلاث أضعاف المعدل الرسمي (علي مستوي المجتمع)، وزاد معدل الإنتحار Suicide rate إلي الضعف تقريباً وخاصة بين أفراد أسر المعوقين [٩] .

في حين أشارت دراسة كريس Krause أيضاً ، أن الإعاقة تؤثر بالفعلي علي نمط الحياة الأسرية ، وتؤدي إلي بعض العلاقات الزوجية غير الوطيدة . حيث كشفت نتائج عينة الدراسة أن حوالي (٥٠٪) من أمهات الأطفال المعوقين لم تتأثر حياتهم الزوجية بطبيعة وجود الإعاقات ، في حين انقسمت (٥٠٪) من أفراد العينة الأخري بين مجموعتين متساويتين الأولي أشارت إلي تأثر حياتهم الزوجية تأثيراً سلبية ، بينما الثانية عبرت عن وجود علاقات قوية في الروابط الأسرية وخاصة بين الزوجين والتكيف مع مشكلة الإعاقة في الأسرة .

كما عبرت بعض نتائج الدراسات الأخري ، عن نوعية التأثيرات غير المباشرة Indirect Effects للإعاقة في الأسرة ، ومدي مساهمة أو مشاركة الآباء للأمهات في العناية بالطفل المعاق ، ومقارنة نفس النشاط للآباء في الأسر السليمة (أو التي لاتوجد بها إعاقات) . حيث كشفت نتائج الدراسة ، أن غالبية الآباء في الأسر المعاقة لايهتمون بمساعدة الأمهات أو المشاركة في رعاية أبنائهم ، علي عكس الآباء في الأسر غير المعاقة الأبناء . في حين أشارت نتائج دراسات أخري حديثة أجراها كل من جاليفر Gallagher وآخرون [١٠] ، بأنه توجد رغبة مشتركة وحقيقية ، بين كل من الآباء والأمهات اللذين لديهم أطفال معاقون وبضرورة قيام الأب ، بتبني دور فعال

في الحياة الأسرية خاصة بعد الإعاقة . ولكن كلا من الطرفين الآباء والأمهات لم يحدد بالطبع ، حقيقة هذا الدور الذي ينبغي أن يقوم به الآباء .

وفي حقيقة الأمر ، إننا نتصور بأن هناك العديد من الآثار الإجتماعية ، التي تحدث بالفعل في البناء الإجتماعي لأسر المعاقين ، وقد تكون هذه الآثار ذات نتائج سلبية علي نسق العلاقات الإجتماعية في كثير من الأحوال . ولكننا لايمكن أن نعتمد علي نتائج بعض الدراسات الغربية ، والتي أجريت في مجتمعات ثقافية مختلفة عن مجتمعاتنا الشرقية والعربية . وبغض النظر عن الكثير من التفاصيل ، فإن طبيعة العلاقات الإجتماعية ، تتأثر بالفعل عند وجود أي نوع من المشاكل الإجتماعية داخل الأسرة ، ولكن عملية التكيف ، ومواجهة هذه المشاكل يرجع لنوعية بناء الأسرة من الناحية الثقافية والدينية والأخلاقية ، والإقتصادية أيضاً . وهذا لاينفي وجود الكثير من ملامح التصدع أو التباين حول علاج المشكلة ، وخاصة إذا كانت تتعلق بإعاقة أحد أفراد الأسرة وكيفية علاجها في المجتمعات النامية ، مهما تغيرت الأوضاع أو المستوي الإقتصادي للأسرة ذاتها .

ويؤيد ذلك ، إحدي نتائج الدراسات الهامة التي أجريت بالفعل في دولة الكويت [١١] ، والتي سعت للكشف عن نمط التفاعل الإجتماعي والنفسي بين عينة من أسر المعاقين ، وأخري من الأسر بدون إعاقات . حيث كشفت نتائج الدراسة ، علي أن المجموعة الأولي تميزت بقلة التعبير عن مشاعرها تجاه الإعاقة والنظرة الواقعية إليها . كما انخفضت معدلات الضبط ومستويات التشجيع لأفرادها نحو الإستقلالية في إتخاذ القرارات ، وذلك بالمقارنة بغيرها من المجموعة الثانية (الأسر غير معاقة) .

(جـ) الآثار الإقتصادية : حقيقة تتعدد الآثار الإقتصادية الناتجة عن وجود إعاقات داخل الأسرة ، حيث تسبب الإعاقة أيا كان نوعها في حدوث تأثيرات سلبية علي الدخل الإقتصادي للأسرة وخاصة إذا كانت الإعاقة لعائلها الوحيد.

فالإعاقة ، تؤدي إلي الحرمان من العمل ، والبطالة الإجبارية في كثير من الأحيان ، وخاصة في الدول النامية . كما تؤدي أيضاً إلي ضعف الإنتاجية وقدرات العمل العادية ، ومن أهم المظاهر الإقتصادية السلبية لآثار الإعاقة علي الأسرة ، مضاعفة أجور العلاج الطبي أو الطبيعي ، وزيادة نفقات التعليم و التأهيل ، وشراء الأجهزة التعويضية الأخري .

وعلاوة علي ذلك ، أن الآثار الإقتصادية قد لاتنتهي بعد فترات التأهيل أو شراء الأجهزة التعويضية أو حتي الإنتهاء من مراحل التعليم الأساسية ، لأنها تستمر بإستمرار حياة المعاق ذاته . حيث يشعر جميع أفراد الأسرة بنوع من الإلتزام الإقتصادي تجاه المعاق ، خاصة إذا كان هناك نوع من العلاقات الإجتماعية الأسرية القوية ، أما إذا انعدمت هذه العلاقة ، فسوف تكون هناك نتائج سلبية علي المعاق بصفة مباشرة .

حقيقة ، أن مجال دراسة التكلفة الإقتصادية لأسر المعاقين مازالت من الدراسات شبه النادرة ، وخاصة التي تجري في الدول النامية ، نظراً لطبيعة قلة إهتمامات الباحثين والمهتمين بمجال رعاية المعوقين بصفة عامة .

ثالثاً : الآثار الناتجة علي المجتمع من الإعاقة :

كشفت تحليلاتنا السابقة عن حجم وأبعاد مشكلة الإعاقة والمعوقين علي المستوي العالمي ، والعربي ، والخليجي ، ونسب وإحصاءات متعددة ، تؤكد معظمها حسب تقديرات الأمم المتحدة ، بأن إجمالي نسبة المعوقين تصل متوسطها إلي ١٠٪ من إجمالي عدد السكان العالمي . ولقد قدرت هذه النسبة بأكثر من ٥٥٠ مليون معاق، بالطبع تحصل الدول النامية علي النصيب الأكبر من هذا العدد نتيجة لعوامل متعددة، منها أن أكثر من ٨٠٪ من سكان العالم يعيشون في الدول النامية فقط ، كما ترتفع كل من معدلات الكثافة السكانية والزيادة السنوية للنمو السكاني من ناحية أخري في هذه الدول .

وفي حقيقة ، الأمر أن هذه النسبة من المعاقين في المجتمع تعتبر نسبة كبيرة منها في إعداد الطاقة العاملة ، التي تحتاجها الدول النامية ، وخاصة تلك التي تتلهف علي زيادة قوتها الإنتاجية من العاملين مثل دول الخليج العربي علي سبيل المثال . ومن ثم ، فإن فئة المعاقين تعتبر طاقة بشرية ، يمكن الإستفادة منها في عمليات التنمية الإقتصادية والإجتماعية ، وتعد عملية تأهيلهم من العمليات الهامة التي تعود بفائدة مشتركة سواء علي المعوقين وأسرهم أو علي المجتمع الذي يعيشون فيه ، حيث يسهم ذلك في تنمية مواردهم الخاصة وزيادة الدخل القومي .

وفي السنوات الأخيرة ، اهتمت العديد من التشريعات القانونية والمدنية بعمليات تشغيل وتأهيل المعوقين ، وجدت نسبة المعاقين ٣٪ من إجمالي القوي العاملة، وضرورة مشاركتهم في العمل والإنتاج ، وكان ذلك إنطلاقاً من التوصيات العالمية التي كرست لرعاية حقوق المعاقين والعمل علي إستثمار طاقاتهم في المجتمع. ولكن بالطبع ، هناك العديد من المعوقات ، التي مازالت تواجه المعوقين في مجال العمل والإنتاج، وخاصة في الدول النامية ، وذلك لإعتبارات متعددة ، ترجع معظمها إلي طبيعة النسق الثقافي والإقتصادي والأيديولوجي ، الذي يحدد إتجاهات المجتمع وقيمه نحو المعاقين ومعاملتهم ورعايتهم بصفة عامة في الوقت الحاضر .

وفي الواقع أن هناك الكثير من الآثار الإقتصادية الناتجة عن زيادة المعوقين في المجتمع وخاصة في الدول النامية الفقيرة أو الضعيفة منها علي حد سواء. فبالإضافة إلي ، أن غالبية المعاقين تعتبر من الفئات غير العاملة في المجتمع ولاتسهم في عمليات الإنتاج الفعلية ، نجد أن هذه الفئة وأسرها تعيش علي المساعدات المالية أو من نظم الضمان والتأمينات الإجتماعية ، التي تستنزف من الدخل القومي . كما أن التكلفة الإقتصادية في مجالات تعليم وتأهيل وتدريب وعلاج المعوقين [١٢] ، تعتبر ذات تكلفة إقتصادية عالية بالمقارنة بالفئات الأخري من المجتمع، وبالتالي يمثل ذلك مصادر عديدة للأعباء الإقتصادية علي الميزانية العامة ،

وتؤثر بصورة مباشرة وغير مباشرة علي تحقيق سياسات التنمية بوجه عام .

وعمومـــاً ، أن عمليات التأهيل والتدريب والتخطيط لرعاية المعوقين يعتبر عملاً إجتماعياً وإنسانياً ، يجب أن تهتم به الدول المختلفة لتحقيق نتائج إيجابية علي المجتمع ككل وهذا ماسوف نعالجه حالياً .

الهوامش والمراجع :

(١) عثمان لبيب فرج ، مرجع سابق ، ص ٢٣ – ٢٩ .

(٢) توجد بعض التحليلات الهامة التي تتناول العلاقة بين سوء التغذية والأمراض المتعددة المرتبطة بها وتأثيرها بصورة خاصة علي حدوث الإعاقات العقلية . للمزيد من التفاصيل انظر :

– مني فياض ، مرجع سابق ، ص ٧٧ – ٩١ .

(3) Kornblum, W. & J. Julian , Social Problems , N. J, Prentice - Hall Inc., 1989 , pp. 44 - 51 .

(٤) انظر ، المبحث الأول من هذه الدراسة .

(٥) أحمد مال الله الأنصاري ، المعاق وعائلته ، سلسلة الدراسات الإجتماعية العمالية (١٧) ، مرجع سابق ، ص ١٦٠ .

(6) Nihira, K., Meyers, E. & Mink. I. t., Home Environment, Family adjustment, and The development of Mentally retraded children, Applied Research in Mental Retardation (1) , 1980 , pp. 5 - 24.

(7) Commings, S. T., The impact of the handicapped child on the father : A study of fathers of Mentally retarded and chronically ill children , American Journal of Orthopsychiatry (36) , 1976, pp. 246 - 255.

(8) Turnbull , A. P. J. A. Summers, & M. J. Brotherson, Family Life Cycle : Theorital and Empirical Implications and Future Directions for Formities with Mentally Retarded Member " in J. J. Gallagher & P. M. vietze (ed.) Families of Handicapped Persons, Baltimore : Paul H. Brooke Publish. Co. 1986, pp. 45 - 65.

(9) Belsky, J., Early Human Experience : A Family Perspective, Development Psychology (17) , 1981, pp. 3 - 23.

(10) Gallagher , J. J. , W. Scharfman, M. Bristol, M., The divison ofResponsiblitiesin Families with pre-school handicapped and nonhandicapped children jounal of the division of Early childhood (8) , 1984 , pp. 3 - 11 .

(١١) للمزيد من التفاصيل حول هذه الدراسة انظر :

- فتحي عبد الرحيم " دراسة للتفاعل الأسري كأحد الأبعاد الفارقة في برنامج التقويم السيكولوجي للمعوقين " مجلة العلوم الإجتماعية ، جامعة الكويت ، العدد (١) ، السنة (٨) ، ١٩٨٠ ، ص ٧٥ - ص ١٠١ .

(١٢) كشفت إحدي الدراسات في الأردن عن واقع التكلفة الإقتصادية للطفل الواحد في مراكز الإعاقة علي النحو التالي : حيث يصل تكلفته في مراكز متعددي الإعاقات بحوالي ١٧٠ دينار شهرياً ، ١٤٠ دينار في مراكز الإعاقات العقلية ، كما تصل التكلفة مابين ٧٠ - ١٠٠ دينار للرعاية النهارية فقط . انظر :

- أحمد الخطيب ، واقع الإعاقة في الأردن ، مرجع سابق ، ص ١٣ .

المبحث الخامس

عمليات التأهيل ورعاية المعوقين

تمهيد :

(١) التعريف بعملية التأهيل للمعوقين .

(٢) مستويات وبرامج رعاية المعوقين .

(٣) عمليات تأهيل المعوقين .

(٤) مؤسسات ومراكز التأهيل .

تمهيد :

يهتم علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية بتحليل أهم المشكلات التي تواجه المجتمع الحديث ، الذي تعددت فيه نوعية المشاكل وأنماط السلوك الإنحرافي والتفكك الإجتماعي . ويسعي هؤلاء العلماء لمعرفة الأسباب التي تؤدي إلي زيادة معدلات نمو المشاكل الإجتماعية ، محاولين بذلك طرح العديد من الحلول والمقترحات ، وتبني أساليب وسياسات إجرائية وعلاجية للوقاية والحد من تفاقم النتائج السلبية لهذه المشكلات سواء علي الفرد أو المجتمع . كما يحاول علماء الإجتماع كغيرهم من علماء العلوم الإجتماعية الأخري ، الكشف عن العوامل المتداخلة التي عن طريقها ، يمكن تفسير نوعية هذه العوامل ، وطبيعة المشاكل الإجتماعية ، وعلاقتها بالقيم الثقافية والنظم الإجتماعية السائدة . علاوة علي ذلك ، يسعي علماء الإجتماع لمعرفة أسباب تزايد المشاكل الإجتماعية مثل ، الجريمة والإنحراف ، والبطالة ، والمخدرات ، والمعوقين ، وغيرها في مجتمعات معينة دون الأخري ، أو في فترات تاريخية أو إجتماعية معينة بالذات .

ومن ناحية أخري ، يحاول علماء الإجتماع عن طريق إستخدام أساليب جديدة، في الإعداد والبحث عن مصادر وأسباب نوعية المشاكل الإجتماعية المتفاقمة. وتعتبر عملية التخطيط الإجتماعي والإقتصادي من العمليات الهامة التي يهتم بها العلماء والباحثين ، عند محاولتهم طرح إستراتيجيات أو حلول لإحدي المشاكل أو مجموعة منها . وبالطبع ، هناك معوقات أو حدود تواجه عمليات التخطيط والتنبؤ حسب نوعية المشكلات ، وطبيعية المجتمع ونظمه الإجتماعية والإقتصادية ، ودرجة الوعي الثقافي والمشاركة الإجتماعية وغيرها .

وفي الواقع ، هناك العديد من علماء الإجتماع الذين ركزوا كثيراً في تحليلاتهم، علي نوعية المشاكل الإجتماعية وعلاقتها بطبيعية البناء الإجتماعي ونظمه المختلفة . ولقد أسهم بعض علماء الإجتماع الأوائل والمعاصرين بإسهامات قيمة في

هذا المجال ، وكما أشرنا فيما سبق ، كيف حاول ميرتون ، وفيبر ، ودوركايم ، التعرف علي نوعية المشاكل الإجتماعية المصاحبة للمجتمع الحديث ، والتي تفسر عمليات التغير والتحول الإجتماعي السريع . وربما نجد في تحليلات ميرتون Merton ، كأحد الأمثلة علي ذلك خاصة في طرحه مقالاً [١] قيماً ، حول مايعرف بالبناء الإجتماعي والأنومي Social Structure and Anomie ، وتحليله لأبعاد سوسيولوجية هامة ، من خلال دراسته لطبيعة العلاقات والبناءات الإجتماعية ، وإرتباطها بمجموعة من الأهداف Goals والوسائل Means ، التي عن طريقها يحدث التكيف الإجتماعي والثقافي في المجتمع . ولقد ركز (ميرتون) علي نوعين أساسيين من التكيف Adoptation ، يمكن عن طريقهما توجيه الأفعال والأهداف الإجتماعية حتي تحقق وظائفها الأساسية في المجتمع . وبصورة موجزة ، ركز (ميرتون) علي وضع نظرية عامة يجعل فيها سلوك الأفراد والمجتمع معاً ، موجهة لتحقيق تكامل للأهداف والوسائل Integration of Goals & Means الإجتماعية .

وفي إطار معالجتنا ، لمشكلة المعوقين باعتبارها إحدي المشاكل الإجتماعية في المجتمع الحديث ، نحاول أن نتعرف إلي أي حد يمكن تطبيق وجهات نظر علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية في تحليل هذه المشكلة ، وكيف يمكن توظيف هذه الأفكار والنظريات ، من أجل إعادة التكيف ، لفئة إجتماعية تعاني العديد من الآثار النفسية والإجتماعية والإقتصادية ، وتؤثر بالطبع علي نوعية الحياة الإجتماعية العامة في المجتمع ككل . وفي حقيقة الأمر ، نجد أن هناك المزيد من الدراسات السوسيولوجية المتخصصة التي ظهرت حديثاً ، نتيجة لنمو علم الإجتماع وفروعه المختلفة ، وتوجيهها لدراسة مشكلات إجتماعية محددة . ويعتبر علم الإجتماع الطبي Medical Sociology ، أحد تلك الفروع ، الذي تعرض لمشكلة الرعاية الطبية في المجتمع بما فيها المرضي المعوقون . فنجد علي سبيل المثال ، إسهامات كل من كوسر Coser ، وتشارلز بررو C. Perrow ، ووليم جلاسر W. Glaser ، واليوت

فيردسون E. Friedson [٢] وغيرهم ، سعت لتحليل عمليات إعادة التأهيل Rehabilitation للمرضي وخاصة للمعوقين ، وكيفية تطور عمليات العلاج الكلاسيكي عن طريق تبني أنماط جديدة من العلاج الإجتماعي ، والتأهيل النفسي الإجتماعي ، وإستخدام مايعرف عموماً " بنموذج التأهيل " ، كأحد النماذج الجديدة في مجال الرعاية الشاملة Comprehensive cares . والعمل علي جعل المستشفيات وتنظيمات الرعاية النفسية والعقلية التي تهتم بالمرضي ، بمؤسسات إنتاجية جديدة ، تكرس من أجل إعادة بناء المرضي كأفراد لديهم القدرة علي مواجهة الحياة والعمل والإنتاج مرة أخري .

وعلي أية حال ، سوف نعالج حالياً عمليات وأساليب التأهيل النفسي والإجتماعي والإقتصادي أو المهني للمعوقين ، وذلك عن طريق تحليل ماهية أو ماالمقصود بعملية التأهيل ، ثم طبيعة مستويات وبرامج الرعاية للمعوقين ، وماهي أهم العمليات التي يتضمنها التأهيل وأساليبه المختلفة ، ثم ما طبيعة السياسات الحكومية نحو التخطيط لرعاية وتأهيل المعوقين ومحاولة إدماجهم في المجتمع .

١ - التعريف بعملية التأهيل للمعوقين :

عرضنا فيما سبق ، إلي أي حد ترتبط مفاهيم الإعاقة والعجز أو الإصابة بالعديد من المفاهيم والمعاني المتداخلة معها . ويعتبر مفهوم التأهيل Habilitation من المفاهيم الأخري ، التي تشارك هذه المفاهيم عند دراسة وفهم مشكلة المعوقين بصفة خاصة . ومن ثم ، ينبغي تنظيمها حتي يمكن فهمها بسهولة ، وفي إطار دلالاتها ومعانيها الدقيقة ، وخاصة عند تناول هذه المشكلة المتداخلة الأسباب والنتائج والمظاهر في نفس الوقت .

وقبل تناولنا لمفهوم التأهيل ، يجب أن نشير بإيجاز إلي نبذة تاريخية عن عملية التأهيل ذاتها والمراحل التي مرت بها حتي وقتنا الحاضر فقد جاءت عمليات

تأهيل المعوقين خاصة بعد إنتهاء الحرب العالمية الثانية ، والتي تركت ورائها الكثير من أعداد المعاقين ، التي تطالب برعاية إجتماعية خاصة ، وتأهيلهم للحياة والعمل مرة أخري . وفي الواقع ، أن طبيعة الظروف الإقتصادية العالمية التي حدثت في الثلاثينات ، وسبقت الحرب مباشرة خلفت ورائها المزيد من المشاكل الإقتصادية والمالية ، وزاد من حدة المشكلة الإقتصادية أن كثيراً من دول العالم ، وجدت نفسها قد فقدت الكثير من القوي العاملة . فلجأت معظم تلك الدول إلي تبني سياسات تأهيلية لرعاية المعوقين ، والعمل علي الإستفادة منهم ، في مؤسسات الإنتاج والعمل لسد إحتياجاتها الأساسية من القوي الإنتاجية .

وبالطبع ، ساهم في ذلك نتائج وتوصيات المؤتمرات والندوات العالمية ، التي نظمتها منظمات الأمم المتحدة وغيرها ، وكان أولها في عام ١٩٤٤ ، وهو مؤتمر العمل الدولي ، الذي أعطي تقديراً كبيراً لإسهامات المعوقين وأدائهم المهني خلال فترات الحرب ذاتها ، وأكد علي ضرورة تبني سياسات أكثر فاعلية في مجال توفير فرص العمل ، والتدريب ، والتوجيه المهني وغير ذلك من مجالات متعددة ، تسهم أساساً نحو تطوير الكفاءات المهنية والفنية لطاقات المعوقين . وخلال الخمسينات والستينات ، توالت الإهتمامات الدولية ، نحو ضرورة إدماج المعوقين في القوي العاملة الإنتاجية ، خاصة بعد أن تقدم الطب الحديث في إكتشاف سبل العلاج اللازمة للأمراض المعدية ، التي تنتشر بين المعاقين مثل السل الرئوي وغيرها . فأقيمت الورش المحمية المهنية ، وأمكن تأهيل المعوقين عقلياً ، وأنشئت مؤسسات التأهيل المختلفة التي ساهمت في هذا المجال [٣] .

وخلال العقدين الماضيين ، بذلت جهوداً مضنية أدت إلي تطور عمليات التأهيل ، خاصة في مجال تأهيل المعوقين جسمياً وعقلياً ، واستخدم مفهوم جديد للتأهيل ، وسمي بالتطبيع Normaliation ، وهو يعتبر عملية شاملة لإدماج هذه الفئات المعاقة في المجتمع ، بدلاً من عزلهم وإيوائهم فقط في مؤسسات الرعاية

الخاصة، والعمل علي تدريب المعوقين ، وتزويدهم بالخبرات المهنية والعلاجية والإجتماعية والثقافية اللازمة . وفي حقيقة الأمر ، أن عمليات التأهيل أو التطبيع تحتاج إلي الكثير من الجهود المكثفة لتحقيق أهدافها وأغراضها . وفي السنوات الأخيرة ، أحرز تقدماً ملحوظاً بفضل تطوير عمليات التأهيل والأعداد للمعوقين لدمجهم في المجتمع ، وتوجيه الكثير من إهتمام السياسات الحكومية ، وتغيير الإتجاهات العالمية والمحلية نحو حقيقية مشكلة المعوقين .

وبعد هذا التحليل الموجز ، لعملية التأهيل نجد مفهوم "التأهيل" يعكس كثيراً من المرادفات والمعاني اللغوية ، فالفرد العادي إذا اختل توافقه مع البيئة ، التي يعيش فيها ، مايلبث لإعادة التوافق عن طريق التعلم وغيره . ومن ثم ، نجد أن كلمة "التأهيل" يوجد لها مرادفات مثل " التوافق " Adjustment ، أو "التعليم" Education ، أو " التكيف " Adopation . أما إذا إزدادت عمليات " عدم التوافق " مع البيئة ، فيحتاج الإنسان إلي المزيد من الخدمات التي تساعده علي إعادة التوافق أو التكيف ، خاصة وأن قدراته الذاتية لاتقدر علي إنجاز ذلك بمفردها . ومن ثم ، يطلق علي ذلك " إعادة التكيف " أو إعادة التوافق ، أو إعادة التعليم . وهكذا يمكن أن يعرف التأهيل بأنه " إعادة التكيف " أو " إعادة الإعداد للحياة " (٤) .

كما يمكن تحليل مفهوم " التأهيل " من جوانب متعددة ، خاصة إذا كان إختلال الفرد وتكيفه مقتصراً علي جانب واحد فقط . مثال ذلك ، الجوانب الطبية ، كأن مايحتاج الفرد من التأهيل هو " التأهيل الطبي Medical habilitation " ويستلزم ذلك إجراءات متنوعة لتوفير القدرات البدنية اللازمة ، سواء عن طريق إستخدام الأطراف الصناعية أو إجراء العمليات الجراحية . أما إذا إحتاج الفرد المعاق ، إعادة تكيفه من الناحية النفسية ، فإنه يحتاج أيضاً إلي نوع أخر من التأهيل ، وهو التأهيل النفسي Psychological habilitation ، حيث يتم ذلك عن طريق الأخصائي النفسي والتعاون مع الأخصائي الإجتماعي والعلاج الطبيعي ،

والكشف عن الأسباب النفسية والوراثية التي تسهم في هذا التأهيل . أما إذا كانت مصادر الخلل أو عدم التوافق ، لها علاقات مباشرة بظروف العمل أو العلاقات الإجتماعية والأسرية ، وينتج عنها مظاهر سلوكية منحرفة عن طبيعة البيئة الإجتماعية التي يوجد فيها الفرد . ومن ثم ، فإن إعادة التكيف ومواجهة هذه الظروف يطلق عليها بعملية التأهيل الإجتماعي Social habilitation . وينطبق ذلك أيضاً ، في حالة إذا واجه الفرد إختلالاً ما ترتب عليه فقدان عمله ومهنته ، التي يتعيش منها ، بسبب ما من الأسباب المعروفة التي تنتج عنها إعاقة أو إصابة أو عجز معين ، فإنه يحتاج بالضرورة إلي أشق أنواع عمليات التأهيل وهو التأهيل المهني Vocational habilitation .

ومن هذا المنطلق ، يعتبر هذا النوع الأخير ، من أنواع التأهيل - التأهيل المهني - من أصعب العمليات التي يحتاجها الفرد المعاق ، خاصة وأنها تحتاج تقريباً إلي كافة عمليات التأهيل السابقة ، النفسية ، والإجتماعية والطبيعية . ولقد وضعت الكثير من المنظمات العالمية تعريفات متعددة ، تتعلق بالتأهيل المهني للمعوقين، ومن أهم هذه التعريفات، تعريف منظمة العمل (٥) الدولية International labor organization ، والذي يشير إلي أن ، " التأهيل المهني للمعوقين هو ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمرة والمترابطة ، الذي ينطوي علي تقديم الخدمات المهنية ، كالتوجيه المهني والتدريب المهني ، والتشغيل ، مما يجعل المعوق قادراً للحصول علي عمل وعائد مادي مناسب " .

وفي الواقع ، إننا نري أن مفهوم " التأهيل " قد يتضمن الكثير من المعاني والمفاهيم الأخري التي تشملها عملية التأهيل ذاتها ، والهدف منها كإستراتيجية هامة، لاتقتصر وظيفتها علي الإعداد والعمل أو التدريب المهني فقط ، بقدر ماهي سياسة رعاية إجتماعية شاملة توجه إلي الفرد المعاق وأسرته والمجتمع في نفس الوقت ، وتحقيق حياة إجتماعية مثمرة تؤدي في النهاية ، إلي زيادة روح الولاء

والإنتماء والوعي الإجتماعي ، وتحقيق وإنجاز التكامل بين الأهداف والوسائل ، التي تكرس من أجل التنمية الإجتماعية الشاملة .

ويؤكد علي ذلك ، أحد أقطاب ورواد التأهيل المهني ، وهو كينث هاملتون (٦) K. W. Hamilton ، الذي يوضح أن إصطلاح التأهيل يشير "لتحقيق حياة إجتماعية مثمرة وتكوين شخصية متكاملة للفرد العاجز وذي العاهة .. ، فالتأهيل موجه بالفعل ، إذ يرمي إلي تحديد إمكانات الفرد وتنميتها والإستفادة منها ، ويستهدف إعادة القدرة علي الإنتاج والتنافس والإستقلال ، والعزم وتقرير المصير ويبحث عن إستغلال جميع الإمكانات والمصادر الميسرة ، سواء في الفرد أو في المجتمع بما يحقق الهدف " .

علاوة علي ذلك ، أن عمليات تحقيق هذا الهدف ، تضع الكثير من المشاكل أمام المجتمعات عند تأهيل المعوقين مهما كانت درجة تقدمها فعمليات التأهيل الطبي والنفسي والإجتماعي ومايرتبط بهما من مهارات ضرورية أخري ، مثل الحاجات التعليمية والمهنية ، غير كافية لعملية تأهيل المعوقين ، إلا إذا تم الإعداد والتخطيط المتكامل بين هذه الخدمات ومساعدة المعاق للتغلب علي نواح عجزه وضعفه .

وهذا بالطبع ، يفسر " عملية التأهيل " ومدي تعقدها وتتضمنها مجالات متعددة من التخصصات الطبية العلاجية ، وخدمات الثقافة والتوجيه المهني ، والتشغيل . كما أنها تتضمن أيضاً ، قطاعات كبيرة من الخدمات العامة ، والتي تشمل مراكز ومؤسسات ومستشفيات رعاية المعوقين . هذا بالإضافة ، إلي أن عمليات "التأهيل" تحتاج إلي إعداد وتدريب مهني وتخصصي للقائمين علي تقديم الخدمات والعاملين بمؤسسات الرعاية المختلفة في مجال المعوقين .

وهكذا ، نجد أن مفهوم " التأهيل " وعملياته المختلفة ، يشمل الكثير من نواح الإعداد والتخطيط لرعاية المعوقين سواء أكان ذلك تأهيلاً نفسياً ، وإجتماعياً ،

ومهنياً ، وطبياً . كما يشير في نفس الوقت ، إلي ضرورة تكامل تلك الأنماط من عمليات التأهيل ، وضرورة مراعاة التخصص والتكامل بين الفئات المهنية الموجودة في مؤسسات الرعاية الإجتماعية المختلفة . علاوة علي ذلك ، أن عملية التأهيل ، تتطلب العديد من برامج التأهيل الأخري ، للعاملين بهذه المؤسسات من أجل إعدادهم وإكتسابهم الخبرات اللازمة في مجالات التأهيل .

ومن هذا المنطلق ، يجب أن نفهم عملية التأهيل ، علي أنها إستراتيجية عامة وهادفة ، لتحقيق أهداف متعددة ، وتتداخل فيها عمليات معقدة ومتنوعة . فمفهوم "التأهيل" لايقتصر فهمه علي إعداد المعوقين وإكتسابهم خبرات مهنية محددة ، تساعدهم علي إكتساب عائد مادي فقط ، بقدر ما يعتبر عملية إجتماعية شاملة ، تهدف لإعداد كل من المعوق وأسرته نحو أختيار مستقبل إجتماعي ومهني أفضل . ولكن ذلك لن يتأتي إلا عن طريق تغيير جذري في قيم وإتجاهات وأيديولوجيات المجتمع ، الذي يعيشون فيه ، وإقتناع أساسي من قبل القائمين علي وضع السياسات الحكومية ، بأن المعوقين فئة إجتماعية ، لها الكثير من الحقوق الإنسانية والإجتماعية في المجتمع ، كما أن عملية تأهيلهم تعتبر عملية إجتماعية قومية ذات أهداف متعددة ونتائج إيجابية علي كل من المعاق وأسرته والمجتمع أيضاً .

٢ - مستويات وبرامج رعاية المعوقين :

كشفت تحليلاتنا السابقة ، حول كيفية إهتمام علماء الإجتماع والخدمة الإجتماعية وغيرهم من المهتمين بدراسة مشكلات المجتمع الحديث ، والتعرف علي جذور هذه المشكلات محاولين بذلك فهم العوامل المتداخلة التي تسهم في تفاقم نتائجها السلبية علي المستوي الفردي والإجتماعي ، خاصة بعد أن تبين عقم الحلول الجزئية وعدم جدواها في تقديم العلاج المناسب للمشكلات المتزايدة في الوقت الحاضر . كما ظهرت في السنوات الأخيرة ، العديد من الجهود التي تنادي بضرورة توجيه سياسات المجتمع ، للحد من نتائج هذه المشكلات ، وذلك عن طريق تبني

مداخل الحل الشامل ، والذي يأخذ في الإعتبار ، نوعية المجتمع ، وطبيعة ظروفه الإقتصادية والثقافية والإجتماعية ، والعلاقة المتبادلة بين البناءات والنظم الإجتماعية بصورة عامة .

وفي حقيقة الأمر ، وفي إطار تناولنا لمشكلة المعوقين وعمليات التأهيل ، التي يجب إتخاذها بصورة فعلية ، للحد من الآثار السلبية المتعددة ليس فقط على المعاق وأسرته ولكن أيضاً على المجتمع ، الذي يعيشون فيه . يمكن أن نقترح بعض المستويات العامة ، التي عن طريقها يمكن الإسهام من الناحية الواقعية في الحد من الإعاقة ، ثم بعد ذلك نسعى لتحليل نتائج الدراسة الميدانية ، للتعرف إلى أي حد يمكن إستغلال هذه المستويات بصورة عملية لعلاج مشكلة المعوقين والوقاية منها بقدر الإمكان، خاصة ، وأن كثيراً من أسباب هذه المشكلة ، ترجع إلى عوامل إجتماعية وأخلاقية وحضارية من الدرجة الأولى ، علاوة على ذلك فإن معظم العوامل البيولوجية والوراثية تسهم في تشكيلها أيضاً ، العوامل البيئية والإجتماعية والثقافية .

وعلى أية حال ، فإننا نتصور وجود ثلاثة مستويات أساسية تلعب دوراً هاماً في الإعداد والتخطيط للتقليل من حجم نتائج مشكلة المعوقين وهي :

أولاً: المستوى الأول : ويهدف لمنع حدوث العوامل المسببة للإعاقة بقدر الإمكان.

ثانياً : المستوى الثاني : ويهدف للتحقق من الآثار السلبية المتعددة بعد حدوث الإعاقات مباشرة .

ثالثاً: المستوى الثالث : ويركز على تقديم برامج للتأهيل والعلاج الشامل التي يجب تقديمها للمعاقين في المجتمع .

وقبل تحليل هذه المستويات ، نود أن نشير إلى حقيقة هامة ، وهي أن

المستويين الأول والثاني ، لهما صلة مشتركة ، ويمكن أن نطلق عليهما بمستوي الحد من الإعاقة ، من الناحية الفسيولوجية والوظيفية وكنوع من الإجراءات الوقائية ، التي يجب إتخاذها للتقليل سواء من معدلات التزايد المطردة للمعاقين في المجتمع ، أو لتقديم الإجراءات السريعة ، التي يجب إتخاذها في حالة حدوث الإصابة أو العجز أو الإعاقة . أما المستوي الثالث ، فإنه يشير بوضوح ، إلي البرامج التنفيذية لرعاية المعوقين ، مع التركيز علي عمليات التأهيل الإجتماعي بصورة خاصة.

ونظراً لأهمية هذه المستويات الثلاثة ، والتي تعتبر مرحلة متصلة الحلقات ، في إطار عملية علاج ورعاية المعوقين ، يمكن الإشارة إليها بصورة مختصرة علي النحو التالي (٧) :

- **المستوي الأول** : تتركز العمليات الإجرائية لهذا المستوي ، في تجنب حدوث الأسباب التي تؤدي إلي حدوث الإعاقات ، وقد يشمل ذلك أساليب طبية وعلاجية ، مثل عمليات التحصين ضد الأمراض المسببة للإعاقة ، ولاسيما شلل الأطفال والدفتريا والحصبة ، وإعداد برامج إجرائية دقيقة ، لمنع أو التقليل من معدلات حوادث الطرق والمنزل والعمل . كما شمل ذلك ، زيادة الوعي الصحي، عن طريق تقديم سياسات متطورة للتوعية والتثقيف الصحي والغذائي ، وبرامج صحة البيئة . ورعاية الأمهات الحوامل وإرشادهم من الناحية النفسية والجسمانية ، ومعرفة مسببات الإعاقة مثل تناول العقاقير والمخدرات والمسكرات . وضرورة إجراء الفحوصات الطبية الدورية والمنتظمة للتأكد من سلامة الجنين والأم أثناء فترات الحمل وبعد الولادة مباشرة . علاوة علي ذلك ، يتضمن هذا المستوي ، إتخاذ إجراءات وأساليب حديثة للتوعية الإجتماعية خاصة من زواج الأقارب ، ومعرفة الإحتمالات الطبية الناتجة عن الأمراض الوراثية المختلفة ، وضرورة إجراء الفحوصات الطبية اللازمة للراغبين في الزواج من الجنسين .

ويمكن طرح بعض التصنيفات الإجرائية ، التي يمكن أن تندرج تحت هذا المستوي للوقاية من الإعاقة وهي :

١- دعم برامج رعاية الأمومة والطفولة بصفة عامة ، عن طريق التثقيف الصحي والعلاجي للأمهات .

٢- الوقاية من الحوادث بأنواعها مثل حوادث الطرق والمنزل والعمل ، وإصدار التشريعات اللازمة الخاصة بإزالة مخاطر ومسببات حدوثها .

٣- تحسين الأوضاع الغذائية ، وخاصة بالنسبة للأطفال ، وتجنب مخاطر عمليات سوء التغذية ، ومعرفة مسبباتها للإعاقة بأنواعها المختلفة .

٤- العمل علي إصدار التشريعات اللازمة ، للوقاية من حدوث الإدمان والمخدرات والتدخين ، مع إستخدام حملات التوعية الإعلامية والثقافية والدينية .

٥- ضرورة تبني إجراءات وقائية من الأمراض المعدية ، عن طريق تطبيق نظم التطعيم والتحصين الشامل ، ومنع التلوث وإنتقال الميكروبات .

٦- الإهتمام بمؤسسات الرعاية الطبية والمستشفيات ، لمعرفة الإصابات المبكرة التي تؤدي إلي حدوث إعاقات وتوفير كافة التخصصات والإمكانات العلاجية لها .

٧- العمل علي إصدار تشريعات لإحكام الرقابة المستمرة علي إستعمال وتداول المستحضرات والعقاقير الطبية ، لعدم إساءة إستخدامها وأثرها علي حدوث الإعاقات والتشوهات الخلقية .

- المستوى الثاني . ويهدف هذا المستوي الوقائي ، لمنع الوصول بالإصابات والمصابين إلي درجة العجز والإعاقة أو مايعرف عموماً بحدوث القصور الوظيفي Funcational Limitation ، وذلك عن طريق إستخدام أساليب إجرائية وإسعافية سريعة ، بعد حدوث الإصابة أو الحوادث مباشرة . مثال ذلك ، تقديم

العلاج السريع لحالات حوادث الطرق والمرور والمنازل والعمل ، وتجنب المضاعفات الطبية وتقديم العلاج ، لحالات مرضية مثل التراكوما ، ورمد العيون ، والإلتهاب السحائي ، وحالات الأنيميا وسوء التغذية ، ونقص الفيتامينات والكالسيوم وغيرها .

وبالطبع ، لقد ساهم في التخفيف من حدة هذه الأمراض ، تقدم الطب العلاجي عن طريق إكتشاف الأمصال والعقاقير اللازمة ، وزيادة إستخدام التكنولوجيا الطبية والعلاجية ، وخاصة في مجال جراحة العظام والعلاج الطبيعي . كما كان لتطور أساليب وبرامج التدريب والتأهيل المهني والطبي ، من إتاحة العديد من الفرص للتقليل من آثار حدوث الإعاقة أو الإصابة .

ويمكن عرض بعض الإجراءات الهامة ، التي تندرج تحت هذا المستوى كما يلي :

١- الكشف المبكر عن حدوث حالات النقص أو الإصابة في إحدي الوظائف أو الأعضاء الجسمانية وخاصة عند الأطفال .

٢- تقديم العلاج السريع والفوري لحالات أمراض التراكوما ومرض العيون ، ونقص الفيتامينات وخاصة فيتامين (أ) المسبب لكف البصر .

٣- إتخاذ الإجراءات اللازمة لتقديم الإسعافات الفورية في حالات حوادث السيارات ، وتوفير الأجهزة التعويضية والتدريب عليها .

٤- تقديم العلاج الفوري لحالات السل وأمراض القلب ، والحساسية والنزلات الشعبية والأمراض غير المعدية الأخري ، التي لها علاقة بحدوث الإعاقة.

٥- الكشف المبكر وتقديم العلاج لحالات الإضطرابات النفسية والعقلية وخاصة الصرع والشيزوفرنيا والإكتئاب وغيرها ، ومعرفة الآثار المسببة

لها ، وخاصة عوامل التفكك الأسري والإجتماعي والإنحلال الأخلاقي والديني .

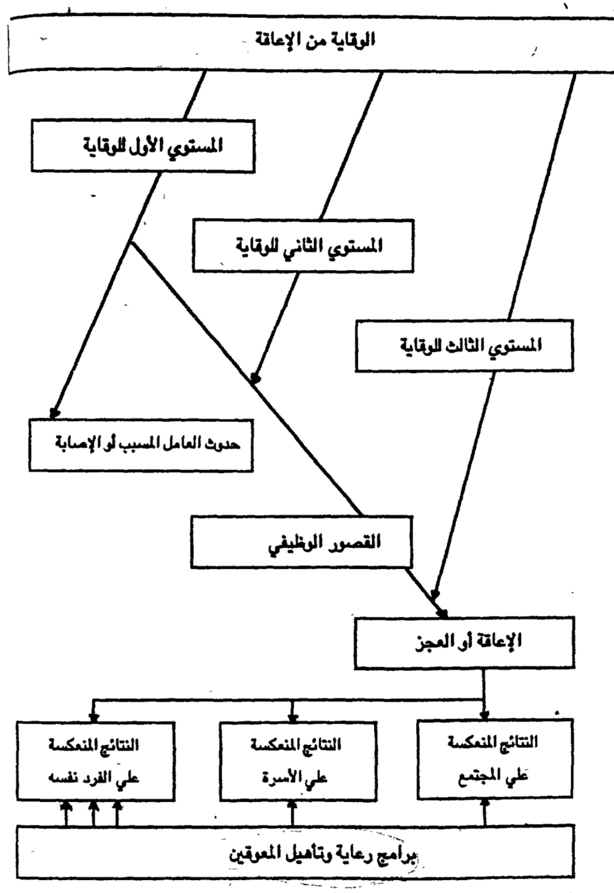
- توفير العلاج النفسي والإجتماعي في كافة المؤسسات العلاجية والإجتماعية ومواقع العمل والإنتاج .

- إستخدام وسائل الإعلام لتوعية الجمهور ، وزيادة معدلات الوعي الإجتماعي والصحي .

حقيقة ، أن تلك الإجراءات تعد من أهم الإجراءات اللازمة ، التي يجب إتخاذها للحد من الإعاقة ، ومنع زيادة معدلاتها . وهذا ماتؤكد عليه الكثير من المؤسسات والتنظيمات العالمية ، والتي تهتم بمشكلة الصحة العامة والمعوقين. وربما يعكس لنا ، الشكل التالي لأهم مستويات وعملية الإجراءات الوقائية للحد من تأثير الإعاقة ، والتي اقترحتها منظمة الصحة العالمية World Health Organization ، وكيف يعمل كل من المستويين الأول والثاني ، لمنع حدوث العوامل المسببة للإصابة أو الإعاقة ، والقصور الوظيفي للمعوقين . أما المستوي الثالث ، فهو يشير إلي عمليات وبرامج التأهيل ورعاية المرضي والمصابين ، ومدي إنعكاسات هذه البرامج علي كل من المجتمع والأسرة والمعاق ذاته .

المستوى الثالث ، ويشير هذا المستوي الأخير ، لأهمية إتخاذ الإجراءات اللازمة ، وخاصة التنفيذية منها لوضع برامج التأهيل الطبي والتعليمي والإجتماعي والمهني والنفسي ، للتخفيف من الآثار السلبية ، والتي تؤدي إلي إضطرابات متعددة ، وخاصة حالات سوء التوافق والتكيف للفرد المعاق وأسرته . كما تشمل تلك الإجراءات أيضاً ، كيفية دمج المعاق إقتصادياً وإجتماعياً ودينياً في المجتمع ، وتحقيق أكبر قدر ممكن من الإستقلال الإقتصادي ، والإختبار المهني السليم ، لمجالات العمل ، بما يتوافق ذلك مع قدرات وإمكانات المعاق ودرجات إستعداده وميوله .

إجراءات الوقاية والحد من تأثير الإعاقة



- المصدر : منظمة الصحة العالمية : وثيقة رقم A29/INF.Doc/1.P.14

- المرجع : عثمان لبيب فراج ، مرجع سابق ، ص ٣١ .

علاوة علي ذلك ، يجب أن تتضمن تلك الإجراءات عمليات التشغيل والمتابعة للمعاقين ، بعد عملية تدريبهم وإعدادهم ، والحرص علي توفير الوظائف الملائمة لهم وخاصة سن التشريعات الخاصة بالعمل لهم . كما يجب أن تهتم هذه الإجراءات ، بعملية زيادة الوعي الإجتماعي في المجتمع نحو المعاقين وأسرهم ، وضرورة توفير الحقوق الأساسية لهم .

ومن هذا المنطلق ، أن عمليات الوقاية والحد من الإعاقة ، تعتبر من العمليات الضرورية اللازمة للحيلولة من تفاقم هذه المشكلة ونتائجها السلبية المتعددة . وهذا بالفعل مايفسر أسباب غموض " مفهوم الإعاقة " ، وخاصة عند الفئات التي لاتدرك واقع مشكلة المعوقين ، نظراً لعدم وجود الوعي الإجتماعي اللازم . ومن ثم ، يجب العمل علي تفسير هذا الوعي ، وتغيير نسق القيم والإتجاهات والأيديولوجيات العامة عند الأسوياء ، لتقديم سبل الرعاية الإجتماعية والإنسانية للفئات غير القادرة والمعاقة في المجتمع . وعلي أية حال ، أن المستوي الثالث من مستويات الحد من الإعاقة ، يعد من أهم المستويات التي تتركز حول عمليات التأهيل الشامل للمعوقين وهذا هو موضع إهتمامنا حالياً .

٣ - عمليات تأهيل المعوقين :

كشف مفهوم " التأهيل " عن الكثير من المعاني التي توضح العديد من الجوانب التي تتضمنها عملية التأهيل ذاتها . فالتأهيل يعني إعادة التكيف ، والمواسة، والتعليم ، والتدريب والتوجيه . كما يشير إلي عدة أنواع منها ، التأهيل الطبي ، والتربوي والتعليمي ، والإجتماعي ، والنفسي ، والمهني وغير ذلك من جوانب أخري تتكامل في عملية التأهيل . علاوة علي ذلك أن " التأهيل " لايمكن أن يقتصر فقط علي إعداد وتدريب المعوقين ، بل لابد وأن يشمل عمليات إعداد وتدريب الكوادر الفنية والإدارية المتخصصة ، التي تقوم بتقديم أنواع الرعاية المختلفة في مؤسسات المعوقين بكافة أنواعها . ومن هذا المنطلق ، فإننا نتصور أن "عملية التأهيل" تعد في

حد ذاتها إستراتيجية قومية شاملة ، تهدف إلي إنجاز وتحقيق العديد من الأهداف والغايات الفردية والإجتماعية . كما يتطلب ذلك أيضاً ، الكثير من الوسائل والأساليب الإجرائية التي تضعها موضع التنفيذ ، وتخدم فئة المعوقين وأسرهم في المجتمع .

وفي حقيقة الأمر ، أن عمليات " التأهيل " تعتبر إحدي الحقوق الأساسية التي يجب توفيرها للمعوقين ، ولقد اتخذ أول خطواتها الإيجابية في الإعلان عن تلك الحقوق ، وذلك عن طريق المنظمات الدولية العالمية ، مع أواخر عام ١٩٧٥ ، حيث أقـرت الجمـعية العامة للأمم المتحـدة مجمـوعة أسـاسية لحقـوق المعوقين ومن أهمها [٩] :

١- أن الجمعية العامة ، إذ تدرك تمسك الأعضاء بميثاق الأمم المتحدة والتزامها بالتعاون مع المنظمة مجتمعة أو منفردة ، لإيجاد ظروف حياة أفضل والقضاء علي البطالة ، والعمل علي خلق الظروف الملائمة للتقدم الإجتماعي والإقتصادي والتنموي ، وتؤكد من جديد إيمانها بحقوق الإنسان وحرياته الأساسية كجزء من العدالة الإجتماعية .

٢- ضرورة التمسك بمبادئ الإعلان الدولي لحقوق الإنسان ، وبإعلان حقوق الطفل ، وإعلان حقوق المتخلفين عقلياً . وأيضاً التمسك بالأسس التي يقوم عليها التقدم الإجتماعي ، والتي أقرتها التوصيات والمؤتمرات بالمنظمات الدولية مثل ، منظمة العمل الدولية ، واليونسكو ، واليونسيف ، ومنظمة الصحة العالمية وغيرها من المنظمات الأخري .

٣- ضرورة العمل علي إتخاذ الأساليب الخاصة بالحد من الإعاقة ، وإعادة تأهيل المعوقين ، وذلك وفقاً لقرارات المجلس الإقتصادي والإجتماعي في عام ١٩٧٥.

٤- التأكد علي أهمية التقدم الإجتماعي والتنموي الذي يتضمن حماية حقوق المعوقين جسدياً وعقلياً ، وضرورة رعايتهم وإعادة تأهيلهم لتطوير قدراتهم بمختلف الوسائل والطرق لإعادة تكيفهم للحياة العادية .

وبالإضافة إلي ، مجموعة الحقوق السياسية والمدنية المختلفة التي شملتها قرارات المنظمة العالمية ومؤسساتها المختلفة ، توجد مجموعة أخري من الحقوق التي تتركز حول عملية التأهيل ومن أهمها :

١- للمعوقين الحق في العناية الطبية والنفسية والعلاجية ، كذلك ضرورة إعادة تأهيلهم طبياً وعلاجياً وتعليمياً وتدريبهم وإرشادهم وتشغيلهم ، وتطوير قدراتهم والإسراع بعملية دمجهم في المجتمع والحياة العادية .

٢- للمعوقين الحق في الضمان الإجتماعي والإقتصادي ، وتأمين مستوي حياتهم بصورة أفضل ، وذلك حسب قدراتهم مع ضرورة توفير العمل الملائم الذي يناسب هذه القدرات .

وإنطلاقاً من التوجيهات العالمية ، نحو رعاية حقوق المعوقين منذ منتصف السبعينات ، وتم تتويج ذلك باعتبار عام (١٩٨١) عاماً دولياً للمعوقين ، نتيجة لتوصيات مؤتمر خبراء التربية الخاصة باليونسكو في أكتوبر ١٩٧٩ . وعلي أية حال، سوف نسعي حالياً ، لتقديم بعض مجالات وعمليات وخطوات التأهيل والخاصة بالمعوقين بوجه عام ، وذلك بصورة موجزة علي النحو التالي :

١- التأهيل النفسي Psychological habilitation تتركز عمليات هذا النوع من التأهيل علي تحقيق درجة من الإستقرار النفسي ، وذلك عن طريق دراسة حالات الإعاقة ، وقياس مستويات الذكاء والقدرات العقلية الخاصة ، ودرجة الإستعدادات المهنية وطبيعة المعوقات الجسمية أو الفيزيقية ، وحالات سوء التوافق أو المرض النفسي، والإنحرافات السلوكية ، ومدي إرتباطها بنوعية الإعاقة والمعوق ،

وإنعكاساتها علي كل من أفراد الأسرة والمجتمع المحلي ، الذين يتعاملون بصورة مباشرة مع المعوق .

كما يتم عن طريق التأهيل النفسي ، رسم برامج مناسبة لكل الفئات المعاقة سواء أكانت جسمانية (سمعية – بصرية) أم عقلية وغيرها ، وتقديم الإجراءات العلاجية والوقائية اللازمة لإعادة التوازن ، وتحقيق التوافق النفسي والإجتماعي ، ومعالجة السلوك الشاذ ، ومتابعة ظواهر وحالات سوء التوافق بصورة عامة (١٠) ، ولقد ساهم حديثاً ، تقدم الطب والعلاج النفسي ، في دراسة حالات التوتر الإنفعالي والنفسي عند المعاقين ، وإدراك حالات النقص والفشل للتركيز عليها أثناء عمليات العلاج ، ورفع الروح المعنوية والإحساس بالثقة ، وتنمية الشعور بالمسئولية ، والبعد عن العزلة الإجتماعية ، والعدوان والتعبير عن المشاعر النفسية المكبوتة في إطارها الإجتماعي .

ومن أهم وسائل التأهيل النفسي ، العلاج الجماعي الذي يستخدم أساليب التمثيل والدراما النفسية أو السيكودراما ، أو التعبير عن النشاط الحر وغيرها ، من الأساليب الأخري التي لاقت نجاحاً ملحوظاً في مجال رعاية المعوقين .

٢- *التأهيل الطبي والطبيعي* *Physio - Therapy & Medical habilitation* . حقيقة أن التأهيل الطبي ، يشمل الكثير من جوانب التأهيل السابقة (النفسية) ، ولكن يقصد بعمليات التأهيل الطبي ، استخدام العمليات الجراحية ، والعلاج الطبيعي الذي يحد من درجات الإصابة أو العجز أو الإعاقة ، حتي يستطيع الفرد المعاق أن يتحمل كثيراً من المسئولية في حياته اليومية ، مما يسهم ذلك في تخفيف الظروف النفسية ، التي يعاني منها وأسرته أيضاً . وفي الواقع ، تتعدد عمليات ومراحل التأهيل الطبي أو الطبيعي ، وتتضمن عدة جوانب أو مراحل منها :

أولاً : تقرير حالات الإعاقة أو العجز ودرجة إحتمالات الشفاء أو مدة تزامنها مع المعاق .

ثانياً : توضيح أهم الإحتياجات الطبية العلاجية التي يحتاجها المريض وذلك حسب نوعية الإعاقة ، ومدي تحمله لها .

ثالثاً : تقدير العلاج التعويضي ، الذي يشمل الأجهزة التعويضية المساعدة للمعاق ، مثل مصابو الحوادث ، أو فاقدو الأطراف وغيرهم .

علاوة علي ذلك ، يشمل التأهيل الطبي أو الطبيعي تقديم النصح والإرشاد اللازم ليس فقط للمعاق ، بل أيضاً إلي أفراد أسرته ، حتي تسهم في عمليات التأهيل الطبي ، ولهذه العملية آثار إيجابية هامة ، لكل من المريض والأسرة ، كما أنها تلعب دوراً فعالاً في تحقيق عمليات وأهداف التأهيل الشاملة .

٣- التأهيل التربوي Educational habilitation . يشير هذا النوع من التأهيل ، إلي تحديد المستوي التعليمي لدي المعاقين ، ونوعية القدرات العقلية لديهم ، والتي علي ضوئها يتم وضع البرامج التربوية والتعليمية الخاصة أو مايطلق عليها بنظم التربية الخاصة Special Education ، وتشمل تقديم المعاقين بالمهارات الأكاديمية الأساسية ، والثقافة الصحية ، والدينية ، والتربية الرياضية والترفيهية وشغل وقت الفراغ ، وتنمية المهارات والهوايات المثمرة .

وفي الواقع ، شهدت السنوات الأخيرة ، تزايداً ملحوظاً تقوم به منظمة اليونسكو في مجال التربية الخاصة ، وكان من أهم هذه الفعاليات مؤتمر باريس عام ١٩٨٨ ، والذي ركز علي ضرورة عمليات التخطيط للتربية الخاصة في النصف الأول من التسعينات . وفي حقيقة الأمر ، أن مكونات التربية الخاصة تتداخل مع العديد من النظم والخدمات الأخري وهذا مايؤكد عملية خبراء التربية الخاصة حيث يتصورون مايلي (١١) :

أولاً : تعتبر التربية الخاصة في أبسط صورها نظام من الخدمات ، يسهم في توفير التعليم وتحسين طرقه وأساليبه ، بحيث يعمل علي تجنب والتقليل من آثار

الإعاقة، ومشكلات المعوقين المتعلقة بالنمو الإجتماعي والثقافي .

ثانياً : ترتبط التربية الخاصة بأشكال أخري من التعليم ، وخاصة علوم التربية والنفس والنمو الإنساني والإجتماعي ككل ، وتهدف توفير مكانة علمية ومهنية للمعوقين .

ثالثاً : يجب أن تقوم بعملية التربية الخاصة كل من المدارس العادية ، ومراكز التدريب المهني ، ومعاهد التعليم المتوسط ، وأيضاً المؤسسات الجامعية العليا . كما يجب أن يشارك فيها المنظمات والجمعيات الحكومية والأهلية .

رابعاً : أن من أهم أهداف التأهيل التربوي عن طريق التربية الخاصة ، هو تحديث أساليب تربوية جديدة تعمل علي زيادة معدلات الإدماج للمعاقين في المؤسسات التعليمية والمهنية ، كعامل أساسي نحو عملية دمج المعوقين في المجتمع وعمليات التنمية .

ويشير في هذا الصدد أحد رواد علم النفس الإجتماعي في مجال رعاية المعوقين وهو جاك تيزارد J. Tizard . [١٢] ، إلي أهمية التربية الخاصة ، وإعتبارها من أهم الحقوق الأساسية ، التي يجب توفيرها للمعوقين ، وخاصة الأطفال أو من هم في مراحل التعليم المختلفة . ويركز علي ضرورة تقييم برامج ومجهودات التربية الخاصة ، وتطويرها بصورة مستمرة ، حتي تفي بتحقيق الأغراض والأهداف العامة، التي وضعت من أجلها . وقد تظهر بعض المشاكل المرتبطة بعملية التربية الخاصة ، وتقييمها علي وجه الخصوص في ضوء عاملين أساسيين هما : أولاً : نوعية الصعاب المتعلقة بطبيعة تقديم خدمات التربية الخاصة ، والتي تختلف حسب البرامج التربوية المعدة لذلك الغرض . ثانياً : الإختلافات النوعية التي تتميز بها وسائل التأهيل التربوي ، وعملية إعداد القائمين ، علي توفيرها أو تقديمها للمعاقين، من ذوي الفئات العمرية الصغيرة .

ومن هذا المنطلق ، يقترح (جاك تيزارد) أربعة قضايا ومشاكل أساسية ، لابد من مراعاتها عند تقديم التربية الخاصة وهي :

١- تحليل الحالات المعرفية الخاصة بنوعية الإعاقات الموجودة .

٢- تقييم خدمات التربية الخاصة .

٣- تحديد نوعية وأماكن تقديم خدمات ونماذج الرعاية وكيفية توصيلها للمعاقين وحثهم علي التغيير وفهم الخدمات والبرامج .

٤- إمكانية إستخدام التجارب الشاملة أو محاولات التقييم المستمرة للبرامج.

٤- التأهيل الإجتماعي Social habilitation . يتضمن هذا النوع من التأهيل ، بحث الطرق والأساليب اللازمة ، التي تجعل من المعاق وسلوكه مقبولاً إجتماعياً ، ومندمجاً في علاقات إجتماعية عادية أو شبه عادية مع الآخرين وخاصة أسرته والمقربون لديه . وبالطبع ، أن التأهيل الإجتماعي لايمكن تجزئته عن عمليات وخطوات التأهيل الأولي . التنشئة والتربوية والعلاجية وأيضاً المهنية ، لأن عمليات التأهيل سلسلة مترابطة الحلقات .

وهناك العديد من الإجراءات ، التي يمكن إقتراحها لتسهم في عمليات التأهيل الإجتماعي ، وهي تعدد زيارات الأخصائي الإجتماعي والقائمين علي مؤسسات الرعاية الإجتماعية لكل من المعاق وأسرته ، والعمل علي حثهما في الإنخراط في الحياة الإجتماعية العادية ، والبعد عن العزلة الإجتماعية ، التي قد تفرضها ظروف الإعاقة في مراحلها المختلفة . ومن ثم ، تسهم عملية التأهيل الإجتماعي في المحاولة لدمج المعاق وأسرته والتكيف الإجتماعي المستمر مع الإعاقة . الأمر الذي ينتج عنه سلوكيات إيجابية وإجتماعية وخاصة للمعاق .

والواقع ، أن عملية التأهيل الإجتماعي ، لايمكن أن تقتصر علي المعاق وأسرته ، بقدر ماتتطلب أيضاً العديد من الضروريات الأساسية ، التي يجب إتخاذها من قبل المجتمع وذلك عن طريق ، تغيير نسق القيم والمعتقدات والأيديولوجيات العامة نحو المعاقين والإعاقة . وهذا مايعرف بعملية "تغيير الإتجاهات المجتمعية" ، والتي تعتبر مطلباً أساسياً في عمليات التأهيل الإجتماعي . وفي حقيقة الأمر ، هناك الكثير من المؤسسات والتنظيمات الإجتماعية ، التي قد تساهم في ذلك بجانب مؤسسات الرعاية الإجتماعية التقليدية ، ومنها المدارس ، ودور العبادة ، ووسائل الإعلام والإتصال المختلفة في المجتمع ، وبالطبع سوف يكون لها دور فعال في تغيير نسق القيم والمعتقدات والإتجاهات المجتمعية تجاه المعاقين والإعاقة .

علاوة علي ذلك ، يجب أن تسهم السياسات الإجتماعية في الإعداد والتخطيط المستقبلي لعمليات التأهيل الإجتماعي ، باعتبارها من العمليات ، التي تؤدي إلي النتيجة الشاملة ودمج نسبة كبيرة من الفئات الإجتماعية ، والتي تقدر بحوالي ١٠٪ وذلك حسب التقديرات العالمية ، ولكنها تزداد بالطبع في مجتمعات العالم النامي . نضيف إلي تلك النسبة أيضاً ، أسر المعاقين ذاتهم ، فيجب العمل علي تخفيف الآثار النفسية والإجتماعية التي يعانون منها ، ويعد ذلك جزءاً أساسياً من عناصر التكامل والتضامن الإجتماعي ، وزيادة روح الولاء والإنتماء ، وخلق عناصر جديدة ، تسهم في تحديث الوعي الإجتماعي . وعلي أية حال ، أن للبحث العلمي أهمية وضرورة أساسية في دراسة عملية التأهيل الإجتماعي ، وخاصة دراسة سبل تغيير القيم والإتجاهات والمعتقدات الخاصة نحو الإعاقة ،ودراسة الظروف المتغيرة لدورة الحياة الأسرية Family life cycle وخاصة للمعوقين وهذا ما أشرنا إليه قبل ذلك .

٥ - التأهيل المهني Vocational habilitation . يعد هذا النوع من أهم أنواع التأهيل المختلفة ، نظراً لأنه يشمل العديد من أنماط التأهيل الأخري ، ويركز علي تحقيق أهداف هامة لها نتائج إيجابية علي كل من المعوقين وأسرهم والمجتمع.

ويشير مفهوم التأهيل المهني ، إلي مجموعة من العمليات والأنشطة المختلفة ، التي يتضمنها برنامج متكامل من الخدمات الفنية والمهنية ، وتسعي للكشف عن القدرات والميول والإستعدادات النفسية والعقلية والجسمانية لدي المعوقين . والعمل علي توجيه هذه القدرات في إختيار وإعداد مهن تلائم نوعية إعاقاتهم ، ويستفاد منها في تحقيق عائد مادي ونـــوع من الإستقلال الإقتصادي ، الذي يسهم في عمليات الإشباع النفسي والإجتماعي ، وإعادة إدماج المعاق في المجتمع وإعتباره عضواً مشاركاً فيه .

ومن ثم توجد لعملية التأهيل المهني للمعوقين عدة مبادئ أساسية يشكل علي ضوئها طبيعة عمليات وخطوات التأهيل ذاته ، ومن أهم هذه المبادئ بإيجاز : (١٣)

أولاً : دراسة أبعاد شخصية المعاق من ناحية صفاته العقلية والنفسية ، ويشمل ذلك مستويات الذكاء والمواهب ، والحالات الإنفعالية ، وأيضاً الخصائص البدنية والجسمانية ، والميول ، والخبرات .

ثانياً : التعرف علي طبيعة القدرات وتوظيفها ، أولاً حسب نوعية الإعاقة التي عن طريقها تتم عمليات التدريب والتعليم والكشف عن الميول المساعدة .

ثالثاً : ضرورة تحديد عمليات التوجيه المهني ، حسب طبيعة القدرات التي يتمتع بها المعاق وليس حسب العاهات .

رابعاً : العمل علي مراعاة فرص العمل مع البيئة التي يعيش فيها المعاق ونوعية المهن المتوافرة ، حتي يتحقق أهداف التأهيل المهني وعملياته المختلفة من التدريب وإختيار المهن المستقبلية .

وتتكون عملية التأهيل المهني من ثلاث مراحل رئيسية وهي :

أولاً : التوجيه المهني Vocational Guidance ، وتهدف هذه العملية إلي مساعدة المعاقين للوصول إلي قرارات سليمة تتعلق بطبيعة المهن التي يجب أن يمتهنوها ، ويتم ذلك عن طريق أخصائي التوجيه المهني ، والكشف عن القدرات والسمات الشخصية ، التي يجب إستغلالها بأقصي درجة ممكنة وتوظيفها في مجال مهني محدد .

وفي الواقع ، أن عملية التوجيه المهني ، ترتبط بالإرشاد النفسي ، ولقد أسهم في ذلك تقدم الطب النفسي وفروعه المختلفة سواء في مجالات الحياة الأسرية ، والحياة الإجتماعية والدينية ، والإرشاد التعليمي ، والإرشاد المهني . ومن ثم ، يرتبط الإرشاد النفسي بعملية التوجيه المهني ، حيث يعتبر ذلك إحدي الوسائل ، التي تساعد المعاق للإستفادة من مصادر عملية التأهيل ، وتنمية الخبرات لتحقيق أكبر عائد من الإمكانات والخدمات الموجودة ، والتي يجب توظيفها في إختبار المهن المناسبة .

ويضيف في هذا الصدد أيضاً ، رائد التأهيل النفسي للمعوقين كينث هاملتون (١٤) K. Hamilton أن هناك العديد من الأسس التي يقوم عليها الإرشاد النفسي ، والتي تتلخص في فهم السلوك الفردي، وتوجيه الإرشاد لفهم الإدراك والقدرات العقلية ، ويجب إحترام رغبات الفرد ، كما توجد بعض حدود للإرشاد النفسي في عملية التأهيل ، وخاصة القصور في النواحي التشخيصية، ومشكلات التكيف والتوافق والنجاح والفشل ، والقدرات والخدمات المتاحة في المجتمع، وإختلاف فرص التدريب والتشغيل ، والفروق الفردية وغيرها .

ثانياً : التدريب المهني Vocational Tranning تتحدد عملية التدريب المهني ضمن الخطة العامة للتأهيل المهني ، والتي يحتم علي ضوئها معرفة ماهية وأنواع البرامج التدريبية التي يجب أن يأخذها المعاق ، بما يتلائم مع القدرات والخبرات التي لديه ، والعمل علي توظيفها لإختيار العمل أو المهنة المناسبة في المستقبل .

ويرتبط التدريب المهني بالعملية التعليمية والأكاديمية الأخري ، فكثيراً من المدارس والمعاهد الفنية ، التي تهتم بعملية التأهيل المهني لاتقتصر أنشطتها علي تقديم دورات تدريب مهنية سريعة . بقدر ماتهدف إلي إعداد وتأهيل الأفراد الملتحقين بها علي مستوي مهني وفني مناسب ، حتي يساعد ذلك في عمليات إختيار المهن في سوق العمل الخارجي ، أو مواصلة النشاط المهني داخل الأقسام المهنية الخاصة ، بمراكز التدريب المهني مثل الورش المحمية التي تخصص لفئات المعاقين وغيرهم .

ثالثاً : التشغيل Employment ، أن عملية التأهيل المهني لايقتصر دورها علي كل من التوجيه والتدريب المهني ، بقدر ماتهدف هذه العملية إلي ضرورة توفير وظائف عمل مناسبة للمعوقين في سوق العمل المحلي ، وهذا بالطبع ، يفسر المقصود بعملية التأهيل المهني ذاتها ، ومن ثم ، يقصد بالتشغيل ، تمكن الفرد المعاق من الحصول علي عمل معين ، يعود عليه بدخل مناسب . فهي عملية هامة تبرز القيمة الإجتماعية لفئات المعوقين بعد تأهيلهم ، كما تحقق الذات الفردية لهم في نفس الوقت . وهكذا ، فنجد أن تحقيق أهداف التشغيل يعتبر معياراً لقياس القيمة الإجتماعية للخدمات التي يكفلها المجتمع للمعاقين . والتي تظهر نجاح عملية التأهيل بصفة عامة ، عن طريق عملية التشغيل وتحقيق أهداف التأهيل سواء بالنسبة للمعاق والمجتمع . علاوة علي ذلك ، أن عملية التأهيل لايمكن أن تقتصر علي عمليات التأهيل الطبي والنفسي أو العلاجي فقط ، بقدر ماتكمن في قيمة العمل وأبعاده الإجتماعية والإقتصادية ، فالعمل يعد علاجاً شاملاً للفرد المعاق . من ناحية أخري ، ترتبط عملية التشغيل بمدي توافر فرص العمل سواء في سوق العمل المحلي ، أو في الورش المحمية Sheltered workshops أو الأعمال المنزلية أو الفردية الخاصة ، التي يقوم المعاقون بها في مؤسسات الرعاية الإجتماعية .

رابعاً : المتابعة Follow up . وتعتبر هذه العملية آخر خطوات التأهيل المهني، وترتبط كلية بعملية التشغيل وتعد أحد المقاييس العامة ، التي يمكن

الإسترشاد بها في التعرف علي مدي تحقيق أهداف عملية التأهيل المهني ككل . ويقصد بعملية المتابعة ، مدي الإشباع النفسي والمهني والإجتماعي ، الذي حققه المعاق في مهنته الجديدة . وبالطبع ، إن تلك العمليات من الصعب تحقيقها كلية ، وخاصة في المجتمعات النامية ، نظراً لكثير من المشاكل والصعاب التي تواجه مؤسسات رعاية المعوقين بها . وربما تعتبر عملية المتابعة ، ذات أهمية إيجابية للكشف عن المشاكل والآثار والنتائج ، التي حققتها عمليات التأهيل ، والتي غالباً لاتتحقق في الواقع ، في معظم الدول النامية ، نظراً لإعتبارات متعددة ، ترجع أساساً إلي سياسات تشغيل المعوقين ، ومدي جدية تنفيذ قوانين العمل وتشريعاته في هذه المجتمعـات وهذا ما سوف نشير إليه لاحقاً في ضـوء نتائج الدراسة الميدانية .

وعلي أية حال ، يمكن وصف المتابعة كإحدي الخطوات الأساسية ، التي تتكون منها عملية التأهيل المهني للمعوقين ، وبمقتضاها يجب أن تقوم المؤسسة عند الإنتهاء من تأهيل المعاق بمراجعة ظروفه وأحواله العامة ، حتي تتأكد من مدي تحقيق نجاح وإنجاز عملية التأهيل . وعموماً ، تبدأ هذه العملية مباشرة بعد نهاية مرحلة العمل أو التشغيل وإنتهاء الخدمات الأخري المصاحبة لها . كما أن هناك جوانب أخري ذات أهمية تعتبر من أهم أهداف عملية المتابعة ، ومنها التأثير علي العلاقة المستمرة بين المؤسسة وخريجيها من المعوقين ، كما تؤكد لأصحاب العمل أو مديري المؤسسات التي يعمل بها الخريجيون ، أن المؤسسة حريصة علي مصالحهم وتسعي لمتابعة أنشطتها ، حتي بعد إنتهاء مراحل التعليم والتدريب الأساسية .

ويقترح (ك . هاملتون) ، بعض الإجراءات التي يجب مراعاتها ، حتي يتم تحقيق أهداف المتابعة وعملية التأهيل المهني التي قدمت بالفعل للمعاقين وهي [١٥] :

١ - التأكد من التوافق المهني للمعاق كما كان متوقعاً له مسبقاً حسب خطة التأهيل التي وضعت من أجله .

٢ – دراسة العلاقة بين طبيعة العمل الجديدة ونوعية القدرات البدنية والعقلية التي يتمتع بها المعاق .

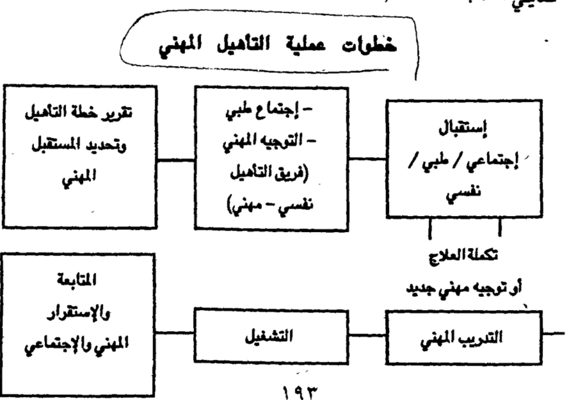
٣ – إستمرارية مواصلة خطة العلاج والتحاليل الطبية الدورية اللازمة ، والتي تتطلبها حالة المعاق ، وأيضاً نوعية التغذية والإعانات الإجتماعية .

٤ – ضرورة معرفة نتائج عمليات الخدمة الإجتماعية والإرشاد النفسي والمهني ، التي تمت أثناء عملية التشغيل ، وخلال مرحلة المتابعة .

٥ – في حالة عدم تقبل المعاق للمهنة الجديدة ، يجب أن تتخذ الخطوات التالية لتصحيح المسار المهني مرة أخري .

٦ – يجب أن تعمل مؤسسات التأهيل المهني علي تحقيق مايعرف بالتوافق المهني ، لكل من المعاقين وأصحاب العمل خاصة اللذين لم يكن لديهم خبرة مهنية في مجال أعمالهم .

وعموماً ، تتلخص عملية التأهيل المهني في مجموعة الخطوات السابقة التي تبدأ بعملية التوجيه المهني حتي التشغيل والمتابعة ، ويمكن عرض هذه الخطوات كمايلي [١٦] :



ويعكس هذا التصور ، مدي ترابط عمليات التأهيل المهني ، بداية بالتحاق الأفراد المراد تأهيلهم بمؤسسات أو مراكز التأهيل ، ثم توجيههم مهنياً ، ووضع الخطط اللازمة لعمليات التأهيل وإختيار المستقبل المهني . وخلال تلك المرحلة ، يتم معرفة حالة المعوق ، حيث يوجد إحتمالان هما : إستكمال التدريب المهني ، أو إعادة توجيه المعاق وتكملة العلاج اللازم للتأهيل والتدريب علي المهن الجديدة ، ثم بعد ذلك تتم عملية التشغيل والمتابعة .

وفي حقيقة الأمر ، توجد وسيلتان يتم عن طريقهما تنفيذ عملية التأهيل المهني :

الأولي : مكاتب التأهيل ، وهي أبسط الوسائل لتنفيذ عمليات التأهيل الإجتماعي والمهني ، وتتسم بطابع قلة التكاليف الإقتصادية ، وقلة عدد العاملين وتخصصاتهم المهنية والفنية . فهي مجرد عيادات طبية ومهنية في نفس الوقت ، ولكن لها قيمة هامة في مجال رعاية المعوقين .

الثانية : مراكز التأهيل . وهي أكثر الوسائل لتنفيذ عمليات التأهيل المهني الشامل للمعاقين ، ونظراً لأهميتها سوف نعالجها حالياً .

(٤) مؤسسات ومراكز التأهيل :-

توضح عملية تأهيل المعوقين طبيعة الخطوات والأنواع المختلفة لهذه العملية، حيث تشمل التأهيل الطبي ، والنفسي ، والإجتماعي ، والمهني . كما يتضمن كل نوع من هذه الأنواع مجموعة من الإجراءات والخطوات التي يجب توافرها وإتباعها، لتحقيق أهداف عملية التأهيل ككل . وفي الواقع ، إن عمليات التأهيل ، لاتتم إلا في إطار توافر مجموعة من المؤسسات والمراكز التأهيلية المتخصصة مثل المستشفيات والمدارس الخاصة ، ومركز التأهيل المهني وورش العمل المحمية وغيرها .

وفي إطار تحليلنا لتراث مشكلة المعوقين ، نجد أن إتجاهات البحث العلمي من جانب المهتمين لم تعط إهتمامـاً ملحوظاً بهذه القضـية ، ولاسيما التنظيمات والمؤسسات ، التي تقوم برعاية المعوقين وذلك بالمقارنة بغيرها من المؤسسات المجتمعية الأخري . وهذا يكشف لنا بوضوح ، عن قلة الإهتمامات العامة ، نحو تناول هذه القضية وخاصة في مجتمعات العالم الثالث ، وعدم إكتراث معظم سياساتها بطبيعة هذه الفئة (المعاقين) وحقوقهم الأساسية والمدنية في المجتمع الحديث . وبالرغم من ذلك ، نجد أن هناك بعض الإهتمامات ، التي ظهرت في السنوات الأخيرة، وركزت علي دراسة مشكلة المعوقين ومؤسساتهم المتنوعة ، ويتبلور جزء من هذه الإهتمامات ، في إتجاه علماء الإجتماع والسياسة والخدمة الإجتماعية نحو دراسة مراكز ومستشفيات تأهيل المعوقين ، وخاصة بعد أن ظهرت في الأفق ملامح التخصص العلمي الجديد ، لبعض فروع علم الإجتماع . وبالأخص علم الإجتماع التنظيمي والطبي علي سبيل المثال .

وربما نجد جذور هذه الإهتمامات ترجع إلي تطلع بعض علماء الإجتماع التنظيمي بدراسة المستشفيات ، وتحليل أنماط العلاج بها . وتعتبر دراسة ريتشارد بروو (١٧) R. Perrow أولي تلك الدراسات ، التي ركزت علي تحليل مستشفي للأمراض العقلية ، والتعرف علي طبيعة العلاج الذي يقدم للمعوقين ، وماهي نوعية الحياة التنظيمية التي توجد في المستشفي وتأثيرها علي عمليات الإستشفاء والتأهيل بصفة عامة . كما سعي مجموعة من علماء الإجتماع الطبي مثل وليم كوكرهام (١٨) W. Cockrham وغيره بدراسة المستشفيات التخصصية ومقارنة نوعية الخدمات بها عن المستشفيات العامة ، وجاءت نسبة كبيرة من هذه المستشفيات التي تعالج المعوقين مثل المعاقين عقلياً ، أو أصحاب الأمراض المزمنة Chronic diseases وغيرها . كما اهتمت بالفعل مجموعة أخري من الدراسات والتي اعتبرت المستشفي من المؤسسات أو التنظيمات المتعددة الأغراض Multipurposes

Institutions . لأنها لاتقدم الخدمات الطبية العادية ، ولكن التأهيلية المتعددة ، مثل الطب الطبيعي وغيرها من الخدمات الإستثنائية للمعوقين .

وترجع عملية الإهتمام بدراسة مؤسسات ومراكز التأهيل للمعوقين ، كرد فعل إيجابية لبعض الإهتمامات والمداخل النظرية لسياسات الرعاية الإجتماعية ، وإعتبارها كقضية أساسية من قضايا وموضوعات علم الإجتماع الحديث . وهذا ما اتضح بالفعل في تحليلات أحد هذه المداخل ، أو مايطلق عليه "بمنظور التصنيع والحتمية التكنولوجية" (١٩) ، الذي جعل من "النظرية المركزية" محوراً له ، وأكد علي أهمية التحديث والتغيير في المجتمع الصناعي ، عن طريق تطوير مؤسساته وتنظيماته المختلفة حتي يتجاوب مع طبيعة مشكلات العصر ، وخاصة مؤسسات الرعاية الإجتماعية المختلفة .

وعلي أية حال ، سوف نركز حالياً علي دراسة مؤسسات ومراكز التأهيل للمعوقين المختلفة ، مثل المستشفيات المتخصصة ، والمدارس الخاصة ، ومراكز التأهيل والتدريب الصناعي والمهني ، وغيرها ، وذلك للتعرف علي طبيعة إهتمامات هذه المراكز ، ونوعية الخدمات التي تقدمها للمعوقين ، وماهي نوعية الكفاءات الإدارية والمهنية ، التي تتطلبها عمليات التأهيل من العاملين في هذه المؤسسات والمراكز ؟ ، وإلي أي حد يمكن الإسهام في تطويرها لزيادة الفاعلية والكفاءة ، وتحقيق الأهداف العامة لعمليات التأهيل وسياسات الرعاية المختلفة للمعوقين . علاوة علي ذلك ، إننا نهدف أيضاً ، لدراسة وتقييم بعض مؤسسات ومركز التأهيل ، وواقعية خدمات الرعاية الموجودة بالفعل ، وهذا ماسوف تكشف عنه نتائج الدراسة الميدانية لاحقاً .

١ - المستشفيات :

تعتبر المستشفيات من أكثر المؤسسات في المجتمع الحديث ، التي تتعامل مع

المعوقين ورعايتهم ، ولذا يعد التأهيل الطبي Medical habilitation من أهم أنواع التأهيل الذي يقدم للمرضي المعوقين . والمتتبع لتطور مفهوم التأهيل ذاته، يعرف إلي أي حد تم تعديل مفهوم العجز أو المرض البدني ، إلي إصطلاح "التأهيل الطبي"، الذي يشتمل أيضاً علي خدمات الطب النفسي . كما ظهرت في السنوات الأخيرة ، إهتمامات ملحوظة من قبل المهتمين برعاية المعوقين ، وبضرورة تعديل هذا الإصطلاح "التأهيل الطبي" ، إلي "تأهيل الطب الطبيعي" . وبصورة موجزة ، تشتمل أنواع الرعاية أو التأهيل الطبي بالمستشفيات علي الأنواع التالية (٢٠) :

١ - الخدمات الطبية (وخاصة الطب الطبيعي) .

٢ - الجراحة .

٣ - الطب النفسي .

٤ - الخدمات المساعدة ، وتشمل العلاج المهني ، والطبيعي ، والتمريض وخدمات النقاهة والإستشفاء .

٥ - الأطراف الصناعية .

٦ - تحمل العمل ، والتدريب علي الرعاية الذاتية والقدرة علي الحركة .

ويحلل كل من اشيسون Acheson ، وهاجارد [٢١] Hagard ، أهمية التأهيل الطبي في المستشفيات ، حيث يقوم بهذه العملية ، مجموعة من الهيئات الطبية المتخصصة، والتي تعمل علي التنسيق بين خدمات التأهيل Co-ordinating habilitation services ، والتي تشمل العديد من مظاهر الخدمات الطبية ، بالإضافة إلي العلاج الطبيعي والمهني Gymnastics & Occupational Therapy . وقد توجه بعض أنواع من هذا العلاج ، نحو تقوية وظيفة عضوية أو بدنية واحدة ، أو ربما تتعدد أهدافها لتسهم في تعزيز القدرات النفسية والعقلية

والجسمانية معاً ، خاصة بعد حدوث الإصابة أو الإعاقة . وفي حقيقة الأمر ، أن هذا النمط من العلاج ، يكرس أساساً للوقاية من إصابات أو عاهات الحروب ، ولكنها ساهمت كثيراً في العلاج الطبي والتأهيل في الفترات السلمية . ولقد تطور الطب العلاجي حديثاً ، حيث أدخلت العمليات الجراحية كمجالاً واسعاً في علاج الحالات العقلية والعصبية ، التي تؤدي لكثير من حالات الإعاقة .

ومن هذا المنطلق ، يهدف التأهيل الطبي ، للإقلال من فترات الإصابات والأمراض الخطيرة ، والتي لها إنعكاسات سلبية علي حياة الفرد المعاق ، وعلاقاته بالمجتمع المحلي ، نتيجة لفقدان العمل والبطالة الإجبارية . وحالياً ، تقوم المستشفيات بإعادة التأهيل ، عن طريق تقديم خدمات تأهيلية طبية علاجية خاصة لكثير من حالات الإعاقة والمعوقين بغض النظر عن فئاتهم العمومية أو إختلافاتهم النوعية .

ومن ثم ، يرتبط التأهيل الطبي ، بعملية التأهيل الشاملة الذي تقدمه المستشفيات المتخصصة ، ولهذا السبب توجد بعض المبادئ العامة والأساسية التي يتم علي ضوئها تقديم الخدمات الطبية في هذه المؤسسات :

١ - ضرورة معرفة الإصابة التي أدت إلي تشكيل العاهة ، ومدي إمكانية علاجها يؤدي إلي التأهيل ومناسبة العمل والتشغيل .

٢ - معرفة طبيعة الإعاقة وتصنيفها حسب حالات التأهيل وبرامجها المختلفة.

٣ - إدراك الهيئة الطبية المعالجة للمعاق ومدي إمكانية الإستفادة من العلاج في أقصر فترة زمنية .

٤ - التأكد من عمليات التأهيل الطبي سوف تسهم في التخفيف من الآثار النفسية والعقلية والإجتماعية للمعاق .

٥ – ضرورة توفير بعض المساعدات المالية ، للحصول علي الخدمات الطبية وأحقية المعاق في الرعاية الصحية اللازمة .

وإنطلاقاً من هذه المبادئ الأساسية ، توجد مجموعة عامة تحدد أهداف التأهيل Habilitation Goals في المستشفيات وهي بإيجاز (٢٢) :

١ – التبليغ عن الحالات التي تسبب فيها الحوادث أو الأمراض أو الإصابات التي تؤدي إلي حدوث إعاقات للمريض .

٢ – توجيه كل من المريض وأسرته ، نحو فهم طبيعة الإعاقة أو العجز بصورة واقعية ، وماتطلبه عمليات التأهيل للإعاقة .

٣ – تحقيق الهدف الوظيفي للتأهيل ، وهو التأكد من تنمية طاقات وقدرات المريض أو المصاب وإستغلالها في مهنته القادمة .

٤ – ضرورة إستغلال أوقات الفراغ وإستغلاله بطريقة إيجابية لصالح المعاق، وتنمية مهاراته المهنية وإشباع ميوله ورغباته .

٥ – العمل علي إستخدام أفضل الوسائل للإرشاد النفسي والتوجيه المهني للمعاق.

علاوة علي ذلك ، أن تحقيق أهداف التأهيل الطبي في المستشفيات ، لايمكن أن تنجز بصورة فعلية ، إلا عن طريق التعاون بين الهيئات الطبية المعالجة ، وأخصائي الخدمة الإجتماعية ، والنفسية ، وغير ذلك من الفئات الأخري . كما أن أي خلل في عمليات التنسيق بين تلك الفئات ، سوف يكون له إنعكاسات سلبية علي عملية التأهيل الطبي وغيرها من الجوانب الأخري لعملية التأهيل الشامل .

٢ – مدارس التربية الخاصة :

كشفت عملية تحليل وتطور النشأة الأولي في العصر الحديث عن وجود

مدارس خاصة لتربية ورعاية المعوقين ، ولقد ظهرت أولي هذا النوع من المدارس في الدولة الإسلامية ، حيث ألحقت بالكثير من المستشفيات بعض الأجنحة أو الأقسام الخاصة ، التي كانت ترعي فئات معينة من المعاقين مثل المكفوفين ، والصم والبكم وغيرهم [٢٣] ولقد امتد هذا النشاط في مراحل التحول نحو المجتمع الحديث، وخاصة منذ أواخر القرن الثامن عشر وحتي بداية القرن التاسع عشر في المجتمعات الأوروبية . ولكن يشهد النصف الثاني من القرن العشرين ، تحولات كبري في نظم الرعاية التعليمية والتربوية المعوقين ، نظراً لطبيعة إعتراف كثير من المجتمعات في الوقت الحاضر ، بحقوق هذه الفئة في التربية والتعليم كإحدي الوسائل الهامة لعمليات التأهيل وإدماجهم في المجتمع .

وفي حقيقة الأمر ، أن هذه الإهتمامات لم تأت من فراغ ، بقدر ماعكست طبيعة الإتجاهات العالمية والدولية المتزايدة نحو رعاية المعوقين . وتعد مجموعة الإعلانات والتوصيات والمؤتمرات العالمية التي صدرت عن منظمة الأمم المتحدة ومؤسساتها المختلفة مثل اليونسكو ، واليونسيف ، ومنظمة العمل الدولية ، ومنظمة الصحة العالمية من أهم الإسهامات ، التي ظهرت خاصة في العقدين الماضيين .

وعموماً ، لقد وجدت تلك التوصيات أصداء عالمية وإستجابات قومية لها في الكثير من دول العالم ، بما فيها المجتمعات النامية ، إيماناً منها بنتائج وأثار مساعدة المعوقين – وخاصة الأطفال – في حق التعليم والتربية ، والعمل علي دمج هذه الفئات من المعاقين . وخاصة ، بعد أن بلغت تقديرات الأمم المتحدة لنسبة الإعاقة من الأطفال في الدول النامية ، مابين ١٣ – ٢٠٪ من إجمالي عدد الأطفال بها . وهناك الكثير من المؤشرات ، التي توضح أن تلك النسبة مرتفعة في بعض مجتمعات الدول العربية الخليجية ، نتيجة لأن طبيعة الهرم السكاني بها ، يكون في صالح فئة الأطفال (من سن عام وحتي ١٥ سنة) ، حيث يبلغ حجم هذه الفئة بحوالي ٥٠٪ من إجمالي مجموع السكان .

ومن ثم ، ترجع الحاجة إلي وجود مدارس التربية الخاصة ، وإعتراف العديد من حكومات دول العالم بها ، لأنها تقدم مناهج تعليمية وتربوية وثقافية ومهنية مختلفة عن طبيعة النظام التعليمي العام ، وما بها من مناهج ومقررات دراسية توضع من أجل الأطفال الأسوياء . فمدارس التربية الخاصة ، مؤهلة أساساً لأفراد معينين من المعوقين ، أكثر منها مؤهلة لتقديم مناهج أو مقررات تعليمية .

ويحدد في هذا الصدد جاك تيزارد J. Tizard أن أهمية وجود هذه المدارس المتخصصة ، يسهم في إعداد الأطفال المعوقين ، وخاصة أن نظم التعليم العادية للأطفال الأسوياء لا تلائمهم علي الإطلاق ، من الناحية العقلية والمهنية والثقافية. فإنشاء هذه المدارس ، يسهم في البعد عن الإحباط أو الفشل في حياتهم التعليمية والتكيف مع الإعاقات ، وتوظيفها من الناحية العملية ، وتحقيق مايعرف بالتوافق أو التكيف المهني والإجتماعي والثقافي للمعوقين . (٢٤)

وفي نفس الوقت يركز ، (تيزارد) علي أهمية تقييم مؤسسات ومدارس التربية الخاصة بصفة مستمرة ، حتي يسهم ذلك في عمليات الإعداد والتخطيط لبرامج التأهيل التعليمي والثقافي والإجتماعي للأطفال المعوقين . وإن كان مجال دراسة مؤسسات رعاية المعوقين وخاصة مدارس التربية الخاصة ، مازال يُعد من المجالات التي لم تلق إهتماماً ملحوظاً بدراستها أو تقييمها ، ويرجع ذلك أيضاً ، إلي عدم وجود مايعرف بالدراسات المقارنة Comparative studies . وترجع أهمية مثل هذا النوع من الدراسات ، في التعرف علي النسق المعرفي Epistimlogical system ، الذي من خلاله يمكن تقييم خدمات ورعاية التعليم والتربية للأطفال المعوقين ، والتخطيط والإعداد لهذه الخدمات والتوسع فيها . علاوة علي ذلك ، تسهم عملية التقييم في معرفة المشاكل والصعوبات المتعددة التي تواجه التربية الخاصة باعتبارها أحد الأساليب والوسائل ، التي تؤدي إلي رعاية وتأهيل المعوقين ، وخاصة من هم في المراحل التعليمية الأساسية .

وعلي أية حال ، أن مدارس التربية الخاصة ، تعد من أهم المؤسسات التعليمية والتأهيلية للمعوقين ، وخاصة صغار السن منهم ، وتسهم بصورة إيجابية ، في سياسة تعليم الفئات غير السليمة . ولقد أعطت الكثير من حكومات دول العالم الثالث ، أهمية مميزة لها في السنوات الأخيرة ، إيماناً منها بضرورة تنشئة هذه الفئات وتأهيلهم ، تعليمياً وتربوياً وثقافياً ، وتحقيق نتائج إيجابية للفرد والأسرة والمجتمع.

٣ - مراكز التأهيل المهني

Vocational habilitation Centres

يشير هذا النوع من المؤسسات التأهيلية للمعوقين ، والتي تهدف أساساً إلي تقديم أنماط من التدريب المهني المتخصص للمعاقين حسب إعاقاتهم المختلفة ، بعد أن تحقق بالفعل مدي ملائمتهم صحياً أو طبياً ، ولم يعد يحتاجون إلي هذا النوع من العلاج (الطبي) إلا في حالات دورية بسيطة (٢٥) . وتنقسم هذه المراكز والمؤسسات إلي نوعين أساسيين :

الأول : تكون الإقامة داخلية كاملة ، وتكرس للأفراد الذين تبعد محل إقاماتهم عن مراكز التأهيل .

الثاني : تكون الإقامة فيها نصف داخلية ، حيث يتم وجود المعاقين في فترات العمل الرسمي أو أثناء ساعات التدريب والتأهيل ، ويلتحق فيها المعاقون الذين يقيمون بجوار هذه المراكز .

وفي كثير من الأحيان ، تقوم مراكز التأهيل بتقديم المساعدات الطبية والإجتماعية والنفسية والمهنية ، كما تستكشف الدوافع الحقيقية للمعاقين ، وتعمل علي إعادة تنشئتهم إجتماعياً . كما تحتوي هذه المراكز علي خدمات المعاقين عقلياً ونفسياً ، والصم والبكم ، والمعاقين حركياً أو جسمانياً . فمركز التأهيل ، يقوم

بتقديم خدمات شاملة للمعاقين ، وفي نفس الوقت يهدف إلي مشاركتهم في تحمل المسئولية وإتخاذ القرارات ، والتوافق الإجتماعي والمهني وتنمية صلاحياتهم للعمل ، والبعد عن العزلة واللامبالاة .

ويمكن فيما يلي أن نعرض لأهم الإمكانات اللازمة لمراكز التأهيل حتي تحقق أهدافها العامة وهي (٢٦) :

١ – توفير المراكز التعليمية والبرامج التربوية اللازمة ، وخاصة لذوي العاهات مثل الصم والبكم ، ويهدف ذلك لمعرفة قدرات المعوق وإستغلالها في توجيهه مهنياً .

٢ – توفير الإمكانات العلاجية ، وخاصة الخدمات الطبية والطبيعية ، فالعلاج المهني والطبيعي متكاملان ، ولا يتم تحقيقهما إلا عن طريق تدريب المعاقين علي إستخدام الأجهزة التعويضية والصناعية وحسب حالات الإعاقة .

٣ – توفير أقسام متخصصة للتوافق الإجتماعي والإرشاد الشخصي والتوجيه المهني . وتسهم هذه الأقسام في تأهيل الحالات الصعبة ، وتقديم المساعدات اللازمة ، نحو إختيار المهن المستقبلية أو مايعرف بالإختيار المهني Selective occupational .

٤ – ضرورة وجود مراكز أو أقسام للتدريب المهني Vocational tranning فكثير من مراكز التأهيل ، تعتبر كمدارس لتدريب المعاقين بالمهارات المتخصصة . ويجب أن تتميز هذه المراكز بالخصائص التأهيلية البسيطة ، وعادة ماتستكمل خبرات المعاقين السابقة – إن وجدت – مثل التي لهم بمراكز التأهيل .

٥ – العمل علي إنشاء الورش المحمية Sheltered workshops ، حيث تسهم هذه الورش في إعداد ذوي العاهات الخاصة ، لفترات مؤقتة من الوقت ، ثم بعد ذلك يتم إدماجهم في مراكز أو أماكن العمل العادية.

٦ – تهدف مراكز التأهيل إلي العمل للتخفيف من حدة المشاكل الإجتماعية والأسرية والترفيهية الأخري التي تواجه المعوقين . فهذا النوع من النشاط يساعد علي عمليات التكيف المهني والنفسي للمعاقين .

٧ – إقامة علاقات محلية عامة مع المعاقين في المنازل ، فمعظم هذه المراكز تستهدف من وجودها العمل علي تنمية المجتمع المحلي ورعاية الفئات الإجتماعية غير القادرة . ويتم ذلك عن طريق التنسيق مع الكثير من الجهات الرسمية والأهلية ، والعمل علي تقديم المساعدة لبعض المعاقين، اللذين تفرض عليهم الظروف أن يكونوا (سجناء منازلهم) .

وفي الواقع ، أن هناك الكثير من المتطلبات والأسس العامة ، التي يجب أن يتم توفيرها في هذه المراكز ، وخاصة عمليات تطوير وتحديث البرامج والخطط التأهيلية ، وعقد الدورات التدريبية اللازمة للعاملين ، لتحسين مستويات الفاعلية والكفاءة في هذا المجال ، خاصة أن هناك تطورات سريعة في مجال رعاية المعاقين وعمليات تأهيلهم وتقديم سبل الرعاية المختلفة لهم .

٤ – مراكز التدريب المهني

Vocational Tranning Centres

ترتبط مراكز التدريب المهني في كثير من الأحيان ، بوجود مراكز كبري وشاملة لأنواع التدريب والتأهيل عامة للمعوقين . ولكن يقصد بمراكز التدريب المهني، نوع من المراكز التي تقدم دورات تدريبية ومهنية تتراوح مدتها بين ستة أشهر إلي عام تقريباً . وغالبا ، ماتقوم هذه المراكز بتدريب المعاقين علي بعض الأعمال المهنية

الماهرة ، إذا سمحت ظروف إعاقاتهم بذلك ، وتقديم بعض الأعمال المهنية شبه الماهرة أو تعيد تأهيلهم إلي وظائف أخري جديدة ، حسب ماتفرضه ظروف العمل الخارجي .

وفي بعض الأحيان ، تكون نفقات تكاليف التدريب عالية وخاصة في مراكز التأهيل الشاملة ، ومن ثم تساعد هذه الأنواع من مراكز التدريب علي المساهمة في تدريب بعض الفئات المعاقة بأقل تكلفة عن مثيلتها من مراكز التأهيل الشامل.

وفي حقيقة الأمر ، لقد أسهمت هذه المراكز في تدريب الكثير من المعاقين خاصة بعد أن أصبحت عمليات التأهيل أياً كان نوعها تتطلب توفير عمل أو تشغيل المعوقين وهذا مايطلق عليه حالياً بعمليات إعادة التأهيل من خلال العمل Rehabilitation Through Work .

٥ - الورش المحمية Sheltered Workshops

يركز هذا النوع من مراكز التدريب وتأهيل المعوقين وخاصة فئة المعاقين أو ذوي العاهات الشديدة Severely Handicapped ، الذين لايوجد لهم عملاً مناسباً في المجال المهني والصناعي أو التجاري المحلي . وتركز بعض الدول للإهتمام بهذا النوع من المراكز وتساعدها بكافة الوسائل الفنية والمهنية الملائمة - كما قد تشارك أحياناً جهود بعض المؤسسات والتنظيمات العالمية في هذا النوع لتشجيعه علي مستوي العالم . كما تهدف الورش المحمية ، إلي توفير فرص للعمل خاصة ، وأن هناك الكثير من المشاكل والعقبات ، التي تواجه عمليات التشغيل والمتابعة في سوق العمل الخارجي . كما توجد بعض الدول التي تكرس أنشطة هذه المراكز لإنتاج الصناعات البسيطة والخفيفة ، التي يمكن أن يؤديها ذوي العاهات ، خاصة بعد أن

أصبحت مراكز التأهيل عالية التكاليف ، كما تحرص هذه الدول علي تسويق منتجات هذه المراكز تشجيعاً للمعاقين ، وضمان مستقبل أعمالهم .

٦ - مراكز إعادة التوطين والتأهيل

Rehabilitation & Resettlement Centres

هذا النوع من أنواع التأهيل ، تقوم به عادة المؤسسات العامة للدولة ، وخاصة الوزارات التي تهتم بشئون المعوقين ، مثل وزارة القوي العاملة ، والشئون الإجتماعية . وتقوم هذه المؤسسات ، بتقديم "المساعدات المالية" كنوع من خدمات الضمان أو الرعاية الإجتماعية Welfare & Security Servieces ، وخاصة للمعاقين الكبار أو القادرين علي إنجاز الأعمال بصورة مستقلة عن الآخرين . وفي الواقع ، تقع مسئولية الإشراف أو الإعداد أو التخطيط للقائمين ، علي تقديم الرعاية الإجتماعية في المناطق المحلية . ويتم ذلك ، بعد عمليات من البحث الإجتماعي والنفسي والطبي والعقلي الدقيق لهذه الفئة من المعاقين . ولقد لاقت هذه الإهتمامات الكثير من النجاح في الدول المتقدمة ، وبالفعل سعت بعض الدول بتعميمها علي الفئات المعاقة إجتماعياً ، مثل من قضوا عقوبة السجن وليس من السهل توافر أعمالاً مهنية حكومية أو خاصة لهم . (٢٧)

وأخيراً ، أن مراكز ومؤسسات تأهيل ورعاية المعوقين تُعد من التنظيمات الإجتماعية الهامة ، والتي تحتاج لمزيد من الدراسة والتحليل ، لمعرفة المشاكل والمعوقات التي تواجه تلك المؤسسات ، وخاصة في دول العالم الثالث . إن عملية التأهيل معقدة للغاية وتتداخل فيها أنواع متعددة ، مثل التأهيل الطبي ، والنفسي ، والإجتماعي ، والمهني وغيرها . ومن ثم ، تتنوع علي ضوئها أنماط المؤسسات ، التي تقدم تلك الخدمات سواء أكانت مستشفيات ، أم مدارس للتربية الخاصة ، أو التأهيل

المهني ، أو التدريب المهني ، أو الورش المحمية ، أو مراكز إعادة التأهيل والتوطين المهني. ومن هذا المنطلق ، تظهر دائماً الحاجة لإعادة تقييم أنشطة هذه المؤسسات والتعرف علي التطورات الحديثة في مجال رعاية المعوقين ، خاصة وأن هذه المؤسسات لها أهداف موجهة لإعادة تأهيل ودمج فئات المعوقين للإستفادة منهم في عمليات التنمية وخاصة في مجتمعات الدول النامية ، ولكن هذا لن يتأتي إلا عن طريق وجود سياسات وإستراتيجيات لتخطيط ورعاية المعوقين وهذا ماسوف نتناوله حالياً. وبصورة موجزة .

الهوامش والمراجع :

(١) للمزيد من التفاصيل انظر :

- Merton, R. K. " Social Structure and Anomie" . R. Merton (ed.) in Social Theory and Social Structure, N. Y. : The Free Press, 1957, pp. 131 - 194 .

(٢) يمكن الرجوع إلي أهم إسهامات علماء الإجتماع الطبي ، وخاصة حول عمليات التأهيل وتقديم خدمات الرعاية الشاملة لفئات المرضي بالمستشفيات المختلفة، والعديد من المتغيرات الأخري التي تفسر العلاقة بين التغيرات الإجتماعية والإقتصادية ، وتطوير السياسات العلاجية والإهتمام بالصحة والعلاج والمرضي، وذلك في المرجع التالي :

– عبد الله محمد عبد الرحمن ، سوسيولوجيا المستشفي ، مرجع سابق ، خاصة (الفصل الرابع) .

(٣) مخلص مغربل ، " تدريب وتأهيل المعاقين في المجتمع " سلسلة الدراسات العمالية والإجتماعية (١٧) ، مرجع سابق ، ص ٢٣١ .

(٤) إسماعيل شرف ، تأهيل المعوقين ، الأسكندرية : المكتب الجامعي الحديث ، ١٩٨٢ ، ص ١٩ .

(٥) المرجع السابق ، ص ٢٢ .

(٦) كينث هاملتون ، أسس التأهيل المهني ، ترجمة سيد عبد الحميد مرسي ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية ، ١٩٦٢ ، ص ٣ .

(٧) للمزيد من التفاصيل ، انظر :

– عثمان لبيب فراج ، مرجع سابق ، ص ٣٣ – ٤١ .

(٨) تختلف التشريعات القانونية والحكومية الخاصة بعملية تشغيل المعوقين سواء في القطاع العام والخاص ، وضرورة توفير الوظائف اللازمة لهم وبنفس معدلات الأجور لغيرهم من الأسوياء . ولقد حددت تشريعات العمل علي ضرورة تمثيل نسبة المعوقين في مجال العمل في بعض الدول علي سبيل المثال ، كالآتي : انجلترا ٣٪ ، مصر ٥٪ ، المانيا ٧٪ . انظر :

- اسماعيل شرف ، مرجع سابق ، ص ٤١ .

(٩) المصدر :

- إعلان حقوق المعوقين قرار رقم ٤٤٧ / ٣٠ . الذي أقرته الجمعية العامة للأمم المتحدة في ١٩٧٥/١٢/٩.

- القرار الخاص بالحد من الإعاقة وإعادة التأهيل . قرار رقم ١٩٢١ / ٥٨ ، أقره المجلس الإقتصادي والإجتماعي بتاريخ ١٩٧٥/٥/٦.

(١٠) انظر :

- عثمان لبيب فراج ، مرجع سابق ، ص ٤٢ .

- أحمد السعيد يونس و مصري عبد الحميد حنورة ، رعاية الطفل المعوق : طبياً ونفسياً وإجتماعياً ، القاهرة : دار الفكر العربي ، ١٩٩١ ، ص ٧٦ - ٧٧.

كما توجد بعض الدراسات الهامة التي تعالج عمليات التأهيل النفسي لدي المعوقين ، وذلك عن طريق تنمية السلوك Behavior Development والذي يشمل مجموعة من الوسائل ، مثل اللغة والإتصال ، وتنمية القدرات المختلفة التي تسهم في تحديث عمليات التأهيل النفسي والطبي لكافة فئات المعوقين . انظر علي سبيل المثال :

- Herson , M. V. Haselt & J. Marson, behavior Therapy for The Development Mentally and Physically Disabled, Academic Press, 1983.

- Broman, S., P. Nicholes (et. al) Retradation in Young Children (N.J., Lawrence Erllaarm Asso. Inc.), 1987.

إضافة إلي ذلك ، توجد دراسة هامة ، تركز علي عمليات تأهيل المعاقين عقلياً ، وتعد إسهاماً جديداً في مجال رعاية المعوقين في العالم العربي . انظر :

- فتحي السيد عبد الرحيم ، الدراسة المبرمجة للتخلف العقلي ، الكويت : مؤسسة الصباح ، ١٩٨١ .

(١١) فتحي السيد عبد الرحيم ، توجهات مستقبلية في التخطيط والتنظيم والإدارة للتربية الخاصة ، المجلس الإقتصادي والإجتماعي للأمم المتحدة ، اللجنة الإقتصادية والإجتماعية لغربي آسيا ، مؤتمر حول قدرات وإحتياجات المعوقين في منطقة الأسكوا ، عمان ، ١٩٨٩ ، ص ١ - ٤ .

(12) Tizard, J., Child Development and Social Policy (ed. by A. B. Clarke & B. Tizard) , Leicester : The British Psychological Society, 1983 , pp. 173 - 75.

(١٣) إسماعيل شرف ، مرجع سابق ، ص ٢٦ .

(١٤) للمزيد من التفاصيل ، ارجع :

- كينث هاملتون ، مرجع سابق ، ص ١٤٨ - ١٥٦ .

(١٥) المرجع السابق ، ص ٢٤٦ - ٢٤٧ .

(١٦) إسماعيل شرف ، مرجع سابق ، ص ٣٢ .

(17) Perrow, " Hospital , Technology & Structure and Goals " in J.A.Morsh Hand book of organization, Chicago : Romand McKay 1985.

(18) Cockerharn, W. C. Medical Sociology , N. J. : Prentic Hall, Inc. 1986.

(١٩) انظر المبحث الأول .

(٢٠) ك . هاملتون ، ص ١٣٥ - ١٣٧ .

(21) Achsons, B. M., & S. Hagard (ed.) Health, Society and Medicine : An Introduction to Community Medicine to Social Medicine, Oxford : Block Well Scientif : Publi. 1984, pp. 353-354.

(٢٢) ك . هاملتون ، ص ١٤٦ - ١٤٧ .

(٢٣) ارجع إلي المبحث الثاني .

(٢٤) للمزيد من التفاصيل ، حول عمليات وأهداف مدارس التربية الخاصة ، وأساليب التخطيط والتقييم Evaluation & Planning لها ، ومدي إسهام علم النفس الإجتماعي والتربوي ، ونوعية الدراسات المقارنة وقصورها . وأيضاً ، مشاكل عمليات التقييم والصعوبات التي تواجه الباحثين في هذا المجال . ارجع إلي :

- Tizard, J., op. cit , Especially Chap. (9) & (15)

(25) Achsons, B. M., op. cit., p. 356.

(٢٦) ك . هاملتون ، مرجع سابق ، ص ٢٠٧ .

(٢٧) تقدم هذه الأنواع من الرعاية الإجتماعية للعديد من الفئات الأخرى في المجتمع وليس للمعوقين فقط ، حيث تطبق في الكثير من محافظات جمهورية مصر العربية منذ الستينات تقريباً . أما توفير أماكن للرزق ، كما يطلق عليه أيضاً في (سلطنة عمان) تعد من التجارب الناجحة جداً في مجال الرعاية الإجتماعية ، ولكنها تحتاج للمزيد من التعميم والتوسع في إنشائها لما فيها من فوائد متعددة .

المبحث السادس

سياسات التخطيط لرعاية المعوقين

تمهيد :

(١) التخطيط وسياسات الرعاية الإجتماعية للمعوقين .

(٢) مستويات التخطيط لرعاية المعوقين .

تمهيد :

ترتبط عملية التخطيط الإجتماعي بنوعية سياسات التنمية الشاملة ، التي أصبحت من الضروريات الأساسية لتحقيق معدلات عالية وسريعة للتقدم في المجتمعات النامية . ومن ثم ، فإن عملية التخطيط الإجتماعي تعتبر عملية طبيعية تفرضها ظروف العصر الحديث الذي نعيش فيه حالياً ، كما تحتمها ظروف البلاد النامية من أجل الإعداد لسياسات التنمية . فالتخطيط العلمي يعتبر إحدي السمات العامة ، التي تميز نوعية العصر الحديث ، ولهذا السبب سعت الكثير من حكومات ودول المجتمعات النامية بتبني سياسات التخطيط الإجتماعي لأنه الضمان الوحيد لإستغلال جميع الموارد المادية والطبيعية والبشرية بطريقة علمية ، ويهدف لتحقيق الرفاهية الإجتماعية ، والبعد عن الأساليب العشوائية غير المخططة ، والتي تعتمد علي التلقائية والبعد عن المنهج العلمي (١) . علاوة علي ذلك ، أن التخطيط الإجتماعي العلمي ، يعد الأسلوب الأمثل لتخليص المجتمعات النامية من مشكلاتها المتعددة ، والتي تراكمت عبر العصور الماضية ، وأصبحت من أهم العقبات ، التي تحول دون تحقيق عمليات التنمية الشاملة .

وتكشف تحليلات علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية ، عن الكثير من المنظورات والمدخل السوسيولوجية ، التي تبرهن علي العلاقة بين زيادة تفاقم حجم المشكلات الإجتماعية ، وغياب طرح السياسات والإستراتيجيات القومية والمحلية ، للحد أو علي الأقل التخفيف من النتائج السلبية التي تتركها هذه المشكلات علي مستوي الأفراد والجماعات والمجتمع ككل . ومن هذا المنطلق ، عبرت الكثير من آراء علماء الإجتماع الكلاسيكيين والمعاصرين ، بالعمل علي دراسة جذور المشاكل الإجتماعية ، وتوجيه السياسات الإجتماعية نحوها ، وضرورة الإقتناع بأساليب البحث والتخطيط العلمي ، والحيلولة دون تفاقم مشكلات المجتمع الحديث ، والتي أصبحت في زيادة مطردة ولها نتائج عكسية متعددة .

وربما تعكس لنا تحليلات أميل دوركايم E. Durkheim حول فكرة التضامن - الإجتماعي ومدي إرتباطها بعملية التنمية الإجتماعية ، وخلق نوع من الإحساس العام والمشترك بين كل من الأفراد والجماعات والدولة ذلك الإحساس الذي ينتج عن عمليات التعاون والتفاهم المشترك بين جميع الفئات الإجتماعية ، والعمل علي زيادة روح الإنتماء والولاء والتضامن ولكن ذلك لن يتحقق إلا في ضوء وجود سياسات إجتماعية هادفة ، تلعب فيها المؤسسات والتنظيمات الإجتماعية دوراً أساسياً وهاماً . وهذا ماأشار إليه تالكوت بارسونز T. Parsons وتصوراته حول أهمية وجود سياسات الرفاهية الإجتماعية Social Welfare Policies ، لأنها تؤدي إلي تحقيق التكامل Integration ، الذي يعد أحد المتطلبات الوظيفية ، والتي تجعل البناء الإجتماعي أكثر ترابطاً وتماسكاً (٢) . ومن هذا المنطلق ، سعي " بارسونز " لتحليل عمليات التكامل وربطها بقضية السياسة الإجتماعية ، مؤكداً علي أهمية تحقيق انساق التكامل أولاً بين النظم الإجتماعية ، وثانياً بين الجماعات الإجتماعية المختلفة . كما أكد علي أن كلا من النوعين من أنماط التكامل لن يكون لهما فاعلية وكفاءة إلا في ضوء توافر سياسات إجتماعية مخططة وهادفة .

(١) التخطيط وسياسات الرعاية الإجتماعية المعوقين :

وفي إطار تحليلنا لإحدي مشاكل المجتمع الحديث ، وهي مشكلة المعوقين التي تعكس الكثير من النتائج والآثار السلبية علي كل من الأفراد والجماعات والمجتمع بصفة عامة . نجد كيف تفاقمت هذه المشكلة وإزدادت معدلاتها حتي بلغت ١٠٪ من إجمالي حجم سكان العالم . كما أن الأمر ، يزداد خطورة خاصة في المجتمعات النامية ، التي تعاني الكثير من مشكلات التنمية الإجتماعية والإقتصادية نتيجة فقدانها الكثير من عناصر وقوي الإنتاج والتنمية ، أو مايعرف برأس المال البشري . لقد أصبحت معدلات الإعاقة في الدول النامية بما فيها الدول العربية بالطبع ، مابين ١٠ - ٢٠٪ من نسبة السكان بهذه الدولة . كما ترتفع تلك المعدلات بصورة أكثر

خطورة ، خاصة بين الأطفال من سن عام وحتي خمسة عشر عاماً ، والذين يشكلون القاعدة الرئيسية للهرم السكاني في العديد من الدول العربية يصل إلي (٤٥ - ٥٠٪) من إجمالي حجم السكان بها . تلك الفئة العمرية التي تتطلع إليها مجتمعاتها بإعتبارها العنصر الأساسي ، الذي يشكل قوتها العاملة المنتجة في المراحل المستقبلية والقادمة .

وهذا بالفعل ، ما يؤكد عليه أحد علماء السياسة الإجتماعية المحدثين وهو دونالد شامبرز Donald Chambers [٣] . حين يشير بوضوح ، إلي طبيعة المشاكل الإجتماعية وخطورتها في المجتمع الحديث ، نظراً لأنها تخص قطاعاً كبيراً من أفراده وجماعاته الإجتماعية . وتصبح من أهم القضايا التي تهم الرأي العام الإجتماعي ، والتي تحتاج بالفعل لسياسات إجتماعية مخططة ، تقوم علي فهم واقعي لهذه المشكلات ، ويتم الإعداد والتخطيط ورسم البرامج اللازمة لها وتنفيذها بواسطة مؤسسات الرعاية الإجتماعية Social Welfare Institutions .

وعلي أية حال ، إن مشكلة رعاية المعوقين ترتبط بطبيعة السياسة الإجتماعية الموجهة لها في الدول النامية ، والتي تتحدد في ضوء مجموعة من الوسائل والأساليب التي ترسم علي ضوئها الأهداف الفعلية لعملية تأهيل ودمج المعوقين في المجتمع . خاصة وأن هناك العديد من المشاكل التي مازالت تواجه عملية التخطيط والبرامج وترتبط بصفة عامة ، بنوعية البناء الإجتماعي والإقتصادي ، ونسق القيم والعادات والتقاليد ، والإتجاهات الأيديولوجية والثقافية والحضارية ، والتي تتداخل بالفعل في تكوين مشكلة المعوقين ، وتوجيه السياسات الإجتماعية لها .

علاوة علي تلك الظروف ، التي تسهم في زيادة مشكلة المعوقين في الدول النامية ، توجد مجموعة من الأسباب تساعد علي تفاقم هذه المشكلة بها ، وجعل إحتياجات المعوقين التأهيلية محدودة في الواقع . ومن أهمها :

(١) غياب الإحصاءات والمعلومات اللازمة التي تساعد علي التعرّف علي أبعاد مشكلة المعوقين وتزايدهم الفعلي في المجتمعات النامية .

(٢) عدم توافر الأموال اللازمة لإنشاء المراكز التأهيلية للمعوقين .

(٣) قلة وندرة المتخصصين والمدربين في مجال تأهيل المعوقين في الكثير من مؤسسات الرعاية الإجتماعية .

(٤) المساهمة المحدودة من قبل أسر المعاقين تجاه أبنائهم ، نظراً لقلة الإمكانات الإقتصادية أو لغياب الوعي الإجتماعي والصحي .

(٥) ندرة إسهامات الجمعيات الأهلية والخيرية ، والإعتماد بصورة شبه كلية علي المساهمات الحكومية الرسمية .

(٦) تركز معظم أعداد المعوقين غالباً في المناطق الريفية ، وقليلاً ما تصل إليهم الخدمات المهنية والتأهيلية .

(٧) ندرة المعلومات والبيانات الأساسية حول الإعاقة وأسبابها ، وطرق حمايتها والتدريب والتأهيل لها في الدول النامية .

ومن هذا المنطلق ، يجب أن تكرس السياسات الإجتماعية في الدول النامية ، نحو دراسة مشكلة المعوقين من الناحية الواقعية ، ورسم الأهداف الإجتماعية ، والتي عن طريقها يتم إختيار الوسائل والأساليب اللازمة للتخطيط الإجتماعي الملائم، الذي يمكن عن طريقه تحسين الأوضاع الإجتماعية والنفسية والإقتصادية لفئة المعوقين في المجتمع ، وذلك في إطار خطط التنمية الإجتماعية والإقتصادية الشاملة ، التي تهدف أساساً لإدماج المعاقين في التنمية . وبالطبع ، إن ذلك لن يتحقق إلا في ضوء وضع إستراتيجيات لمواجهة مشكلة المعوقين ، وتركز أساساً علي مجموعة من الأبعاد الأساسية والتي تتمثل في التخطيط العلمي السليم ، وإصدار التشريعات القانونية

والإجتماعية ، التي تسهم في الإعتراف بحقوق المعوقين في العمل والحياة ، وتأسيس مجموعة من المؤسسات التأهيلية والتربوية والمهنية للمعوقين ، وضرورة الإسهام في زيادة معدلات الوعي الإجتماعي بين الفئات الإجتماعية القادرة ، ومراعاة إحتياجات ومتطلبات الفئات غير القادرة مثل المعوقين .

وفي إطار تلك الأفكار والتصورات العامة بشأن عمليات التخطيط لرعاية المعوقين والعمل علي دمجهم في المجتمع ، نحاول حالياً أن نعطي بعض الإقتراحات التي تصورها بالفعل عدد من المتخصصين والمهتمين بقضية المعوقين وخاصة خبراء منظمة الأمم المتحدة (اليونسكو) وعلماء التربية ، والنفس الإجتماعي ، والمهني ، وعلماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية .

وتتركز آراء خبراء اليونسكو وعلماء التربية حول التخطيط العلمي والتربوي للمعوقين ، علي أساس أن عملية التنشئة الإجتماعية والمهنية والتأهيلية لها كثير من الجوانب الإيجابية علي المعوقين بصفة خاصة . كما أن قطاعاً كبيراً من نسبة المعوقين ، وبالذات في المجتمعات النامية يخص الأطفال المعوقين من دون سن الخامسة عشر ، واللذين يعتبرون في مراحل التعليم والتنشئة التربوية الأساسية ، نظراً لطبيعة تكوين الهرم الشبابي في هذه المجتمعات . كما توجد بعض الآراء الهامة التي تعطي دوراً بارزاً لعملية التربية الخاصة للمعاقين ، خاصة بعد أن تزايدت الإهتمامات الدولية والعالمية نحو هذه القضية ، والنشاط الملحوظ التي قامت به بعض منظمات الأمم المتحدة ولا سيما اليونسكو واليونسيف وغيرها .

وفي ضوء الإستفادة من التجارب العالمية والتخطيط في مجال رعاية وتأهيل المعوقين ، يطرح بعض خبراء المنظمة الدولية (اليونسكو) عدد من الآراء والمقترحات الهامة ، التي تتركز علي عملية التربية الخاصة والعامة وأهميتها ، في وضع إستراتيجيات أو سياسات إيجابية للمعوقين . وعموماً ، يسعي هؤلاء الخبراء لدراسة الخدمـــات التربوية وتخطيطها للمعوقين والتي يمكن تصنيفها إلي ثلاث مستويات وهــي :

(١) خدمات تربوية متكاملة في المدارس العامة .

(٢) خدمات تربوية خاصة في المدارس والمراكز الخاصة بالمعوقين .

(٣) خدمات مجتمعية تعتمد علي كل من مؤسسات ومراكز التأهيل وعلي مستوي منازل وأسر المعوقين .

كما يطرح الخبراء عدداً من الخطوات والأساليب الهامة ، التي يمكن عن طريقها التخطيط ووضع سياسات تربوية ملائمة لجميع المستويات الثلاث السابقة وهي بإيجاز [٤] :

١ - إعداد وجمع البيانات اللازمة للتخطيط في مجال تربية المعوقين ؛ فإن وضع أي خطة قومية متواضعة يجب أن تعتمد علي معلومات وبيانات واقعية ، تكون لديهم في عملية التخطيط الفعلي ، والتوصل إلي الحاجات الأساسية التي تحتاجها عملية التربية الخاصة والعامة .

٢ - ضرورة التعاون بين التخصصات المختلفة ؛ حيث لاتقتصر عملية تربية وتأهيل المعوقين علي خبراء التربية فقط ، بقدر ماتكشف عملية التأهيل عن كثير من التخصصات المختلفة التي تساهم في هذه العملية . ومن ثم ، يجب التعاون بين العاملين في مجال تربية وتأهيل المعوقين ، ليعزز ذلك من إسهاماتهم الفعلية والتعرف علي التطورات الجديدة في هذا المجال .

٣ - دراسة كافة المشاكل والعقبات التي تؤثر علي عملية التربية ؛ ويشمل ذلك تقدير مدخلات عملية التربية مثل الميزانية ، وتوافر الكوادر المتخصصة، وضرورة تصنيف حالات الإعاقة الموجودة للتخطيط لها بصورة سليمة .

٤ - ضرورة التكامل بين التربية وعملية التأهيل الشامل ؛ ويتركز هذا الإجراء علي أهمية معرفة قدرات الأطفال في المدارس العامة والخاصة ودرجة إستعداداتهم، ووضع المناهج والبرامج التأهيلية المناسبة .

٥ - تدريب الكفاءات التربوية والتأهيلية ، إن عملية التخطيط لسياسة تربوية وتأهيلية ، تحتاج كفاءات متخصصة في مجال رعاية المعوقين سواء أكانت تلك الكفاءات حكومية أم تطوعية خيرية ، فيجب إعداد البرامج التدريبية الخاصة لرفع مستوياتهم بصفة مستمرة .

٦ - العمل علي مشاركة الآباء وتعاون أسرة المعاقين في عمليات التربية والتأهيل . ويتم ذلك عن طريق زيادة الوعي الإجتماعي والتربوي ، وأساليب التربية السليمة . ولكي يسهم الآباء في عمليات تقويم وتدريب وتعليم أطفالهم ، وذلك بالتعاون مع المهتمين المتخصصين . وتؤدي هذه العملية ، إلي زيادة مستويات الثقة النفسية والإجتماعية لدي المعاق وأسرته .

وفي حقيقة الأمر ، ظهرت بعض الدراسات الحديثة التي كشفت نتائجها عن أهمية توجيه السياسات الإجتماعية والتخطيط لحث الآباء نحو رعاية أطفالهم المعوقين والتي يطلق عليها Social Policy & parents Involvement . خاصة بعد تزايد الطلب علي الإلتحاق بمؤسسات رعاية وتأهيل المعوقين ، وشكوي كثير من هذه المؤسسات لإهمال الوالدين أو الأسرة . في رعاية أبنائهم وتركهم بها لفترات طويلة . ومن ثم ، ظهرت الحاجة مرة أخري لتقدير أهمية الأسرة كتنظيم إجتماعي يؤثر علي عمليات التأهيل والعلاج النفسي والإجتماعي لكل من المعاق وأسرته معاً . والبعد بقدر الإمكان عن اللجوء إلي المؤسسات ومايسمي De-Institutionalization (٥) . علاوة علي ذلك ، إن الإهتمام برعاية المعوقين والتخطيط لعمليات التأهيل ، يوضح كثيراً من جوانب الآثار المباشرة وغير المباشرة التي

تحدثها الإعاقات علي الأسرة بصفة عامة . ومن ثم ، جاءت عملية التخفيف لرعاية وتأهيل المعوقين للتخطيط من حدة هذه الآثار السلبية ومساعدة الأسرة في حل مشكلات حياتها العادية .

إن عملية التخطيط لتربية وتأهيل المعوقين ، تحتاج إلي الرؤية الشاملة لنوعية الخدمات التي تقدم بالفعل لهذه الفئة ، والتي تتحدد في إطار عمليتين أساسيتين ، كما يوضحهما الشكلان التاليان (٦) .

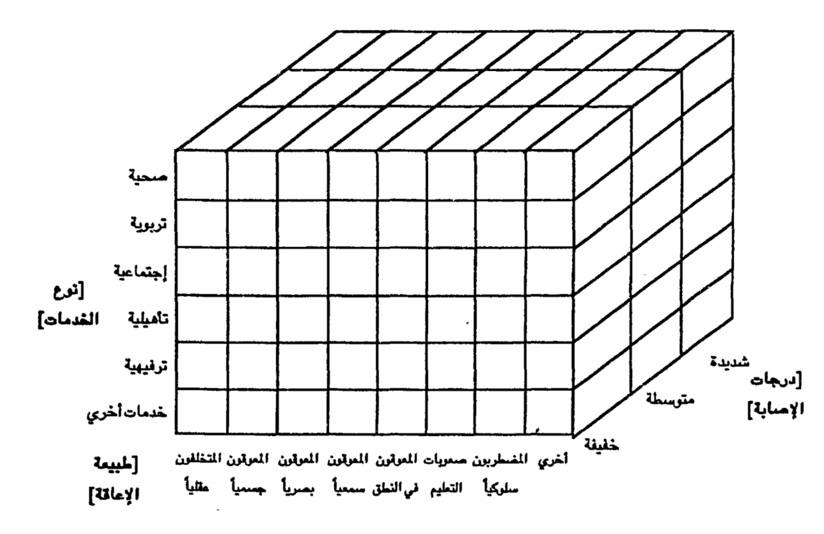
أولاً : الخدمات العامة التي تقدم للمعوقين ويراعي فيها ثلاث أبعاد أساسية وهي :

- البعد الأول : نوعية الخدمات ، ويشمل ذلك الخدمات الصحية والتربوية والتأهيل الإجتماعي والترفية والمجالات الأخري الهامة .
- البعد الثاني : طبيعة الإعاقة ، والذي يحدد علي ضوئها نوعية الإعاقات الموجودة بمختلف أنواعها (عقلية – جسمية – حسية ... الخ) .
- البعد الثالث : درجة شدة الإصابة . فعملية تقديم الخدمات يجب أن تتناسب مع درجة ونوعية الإصابة ، وتحديدها علي مستوي المجتمع .

ثانياً : التعرف علي نوعية الخدمات وتقييمها بصورة مستمرة .

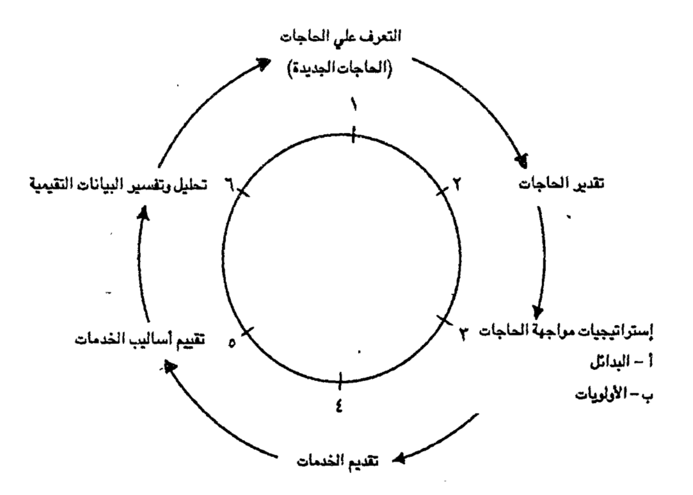
وتشير هذه العملية الأخيرة ، إلي أن عملية تقديم الخدمات لاتقتصر فقط علي توصيلها إلي المعاقين ، بقدر ماتهدف سياسات التخطيط لمعرفة وتقييم نوعية هذه الخدمات ، وكفاءة المؤسسات والتنظيمات التي تقدم بها من مؤسسات الرعاية الإجتماعية .

(١) نوعية الخدمات الشاملة للمعوقين



(٢) طبيعة دورة الخدمات العامة

للمعوقين وتقييمها



- المصدر : فتحي عبد الرحيم ، توجهات مستقبلية في التخطيط والتنظيم والإدارة والتربية الخاصة ، الأمم المتحدة ، المجلس الإقتصادي والإجتماعي ، مؤتمر قدرات وإحتياجات المعوقين في منطقة الأسكوا - نوفمبر ١٩٨٩ ، ص ٥ .

وعلي ضوء فهم عملية التقييم يمكن تقسيمها إلي مجموعة من المراحل المتواصلة أو الدائرية ، والتي تتحدد في ست مراحل وهي :

١ - مرحلة التعرف علي الحاجات .

٢ - التقييم الشامل للحاجات وتقديرها .

٣ - طرح إستراتيجيات لمواجهة الحاجات وتشمل كلاً من البدائل والأولويات.

٤ - تقديم الخدمات .

٥ - تقييم أساليب الخدمات .

٦ - تحليل وتفسير البيانات التقييمية .

ومن ثم ، تعتبر عملية التقييم Evaluation Process ذات أهداف متعددة ، فهي لم تقتصر فقط علي تقييم خدمات التربية أو الرعاية الخاصة في المدارس والمعاهد التعليمية ، بقدر ماتكشف عن نوعية الخدمات وكفاءتها التي تقدم بالفعل في مؤسسات الرعاية الإجتماعية (٧) . وهذا بالفعل مايؤكد عليه الكثير من علماء النفس الإجتماعي منذ بداية السبعينات ، وعلي ضرورة عمليات التقييم المستمر ، من أجل الإعداد والتخطيط السليم لمثل هذه الخدمات ومعرفة الجوانب الإيجابية والسلبية ، التي تنتج عن عملية تقديم خدمات الرعاية للمعوقين وخاصة إلي الأطفال . وبإيجاز ، إن عملية التقييم لمؤسسات التربية الخاصة تعد أمراً ضرورياً ، نظراً للأسباب التالية (٨) :

أولاً : إن عملية التربية الخاصة Special Education ، تعد إحدي المظاهر الحديثة التي تشملها عملية السياسة الإجتماعية ، والتي تثار حولها الإستفسارات العامة وأهمية إنشاء مؤسساتها ، وما الفائدة من تقديم هذا النوع من الخدمات للمعوقين .

ثانياً : إن مؤسسات التربية الخاصة تتكلف الكثير من الأموال العامة والخاصة ، إذن فعملية التقييم تركز علي نوعية الخدمات Quality of Services ، التي تقدم بالفعل ، وكيفية إتخاذ وصنع القرارات لها ، وماهو حجم التوسعات المطلوبة. فمؤسسات التربية الخاصة ، تعتبر بمثابة عنصر أساسي في عملية التربية الشاملة والمتكاملة في المجتمع، والتي يجب وضعها تحت الدراسة والتقييم المستمر.

ثالثاً : إن عمليات التقييم تسهم في معرفة مدي الإنجاز أو الإخفاق في تحقيق الأهداف Goals Achievement ، التي طرحت مسبقاً عند البدء في إنشاء مؤسسات ومراكز التربية والرعاية الخاصة . علاوة علي ذلك ، يمكن التعرف علي نوعية الكفاءات الإدارية والتعليمية والمهنية ، وطبيعة المناهج والمقررات وغيرها .

وعموماً لاحظنا ، مدي أهمية تحليلات ورؤية علماء التربية والنفس الإجتماعي حول عملية التخطيط للتربية الخاصة وإلي أي حد يمكن أن تشمل هذه العمليات عدة مستويات مختلفة ، تهدف في مجملها لزيادة الوعي الإجتماعي حول مشكلة الإعاقة والمعوقين . كما تجئ أهمية التخطيط المستقبلي لعملية التربية في إطار التقييم المستمر لنوعية الخدمات والرعاية التعليمية والتربوية والتأهيلية ، التي تقدم بالفعل في المؤسسات المختلفة ، خاصة بعد أن أصبحت تلك المؤسسات تدخل في نطاق التنظيمات التربوية العامة ، وتشكل قطاعاً كبيراً في النظام التربوي العام في المجتمع .

(٢) مستويات التخطيط الإجتماعي لرعاية المعوقين :

وتعد إسهامات علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية من الإسهامات المميزة في مجال التخطيط لرعاية المعوقين ، والعمل علي وضع إستراتيجيات هادفة لدمج

المعاقين في عمليات التنمية ، وخاصة في دول العالم الثالث . حقيقة ، أن هناك كثيراً من المشاكل والعقبات التي تحد من إتخاذ الخطوات الإيجابية والسريعة أمام مشكلة المعوقين في هذه المجتمعات . ومن هذا المنطلق ، أصبحت الحاجة ضرورية وملحة لتبني سياسات التخطيط الإجتماعي والموجهة لتنفيذ برامج فعالة للإهتمام بهذه المشكلة بصفة عامة .

وتجدر الإشارة بنا حالياً ، لتوضيح أهم النماذج التخطيطية والمقترحة من بعض علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية في عالمنا العربي ، والتي عبرَت عن وجهة نظر متخصصة للأبعاد والمستويات التي تشكل قضية المعوقين ، وكيفية الإعداد والوقاية منها ، ومحاولة إدماج هذه الفئة في عملية التنمية الفعلية ، والتي يمكن تحقيقها علي مستويين أساسيين هما (٩) :

أولاً : مستوي التخطيط الإجتماعي والإدماج في المدي القريب :

التخطيط الإجتماعي المتوجه نحو الفرد المعاق	التخطيط الإجتماعي علي مستوي الجماعات والفئات	التخطيط الإجتماعي علي مستوي المجتمع
١ - تغيير إتجاهات المعاق نحو ذاته وقدراته .	١ - تغيير القيم المشكلة للنظرة المعاق .	١ - تحسين الخدمات الأساسية.
٢ - التأكيد علي إعتماد المعاق علي ذاته وتأهيله وتنمية قدراته .	٢ - الترشيد الأسري .	٢ - تغيير التشريعات المرتبطة بحقوق المعاقين وواجباتهم ومشاركتهم .
٣ - تغيير إتجاهات المعاق نحو الآخرين .	٣ - تغيير في الأدوار الإجتماعية علي مستوي العمل بما يسمح بإيجاد أدوار للمعاقين .	٣ - إشباع الحاجات الأساسية المادية واللامادية .
	٤ - مرونة التفاعل الإجتماعي علي مستوي جماعات الأسرة والمدرسة والعمل بما يسمح بإستيعاب المعاق.	

ويشير هذا المستوي ، للتخطيط الإجتماعي علي ثلاث أبعاد تكون في مجملها حجر الزاوية لعملية الإعداد لدمج المعاقين علي المدي القريب :

– البعد الأول : التخطيط الإجتماعي نحو المعاق ، والذي يتضمن عدة نقاط رئيسية ، تهدف إلي تنمية الذات ، وتغيير إتجاهات المعاق نحو قدراته ، ثم كيفية الإعداد لتنمية هذه القدرات وتأهيله . وأخيراً ، التركيز علي أولي خطوات التكيف الإجتماعي ، والبعد عن العزلة الإجتماعية ، عن طريق تغيير الإتجاهات العامة للمعاق تجاه الآخرين .

– البعد الثاني : التخطيط الإجتماعي نحو مشكلة الإعاقة علي مستوي الجماعات والفئات الإجتماعية . ويتركز هذا البعد في العمل علي تغيير القيم والإتجاهات المجتمعية والنظرة العامة تجاه المعاق ، ثم التركيز علي الترشيد الأسري Family Rationalization سواء بالنسبة لأسرة المعاق أو الأسر الأخري التي توجد في المجتمع المحلي ، والعمل علي زيادة الوعي الإجتماعي ، عن طريق تغيير الأدوار الإجتماعية ، ومرونة التفاعل الإجتماعي علي مستوي الجماعات ومؤسسات التعليم والعمل التي تقوم برعاية المعوقين .

– البعد الثالث : التخطيط علي مستوي المجتمع ، ويتضمن ذلك البعد الإهتمام بمؤسسات الرعاية الإجتماعية وتحسين نوعية الخدمات التي تقدمها للمعاقين ، وتغيير نظم التشريعات الإجتماعية والقانونية ، حتي تفي بالحقوق والواجبات الأساسية لهذه الفئة غير القادرة إجتماعياً . ثم ، العمل علي إشباع الحاجات المادية واللامادية، ويشمل ذلك توفير فرص العمل والكسب ، وخدمات الترفيه والثقافة ، وغيرها من الخدمات الأخري النفسية والإجتماعية .

ثانياً : مستوي الوقاية والإدماج علي المدي الإستراتيجي البعيد :

علي مستوي إدماج الفرد	التخطيط لتغيير الجماعات والتنظيمات	علي مستوي المجتمع
١ - تغيير أنماط التنشئة الإجتماعية للأسوياء والمعاقين بالتركيز علي قيم المساواة بين المعاقين وغير المعاقين . ٢ - تغيير مضمون الأعلام للتوعية الخاصة بالوقاية والعلاج والمشاركة . ٣ - تغيير علاقة المعاق بذاته وبالآخرين وبالأشياء .	١ - تغيير التعليم الرسمي وغير الرسمي بما يسمح بإدماج المعاقين في التعليم . ٢ - تغييرات في نظم العمل بما يسمح بمشاركة المعاقين . ٣ - تغييرات في وظائف التنظيمات وإدارتها بما يسمح بإشباع الحاجات وإستمرار هذا الإشباع.	تغييرات أكثر جذرية في أنماط التنمية والإنتاج والتوزيع والفرص الإجتماعية والتشريعات.

ويتركز هذا المستوي أيضاً علي نفس الأبعاد الثلاث السابقة وهي : الفرد ، والجماعة ، والمؤسسات ، والمجتمع :

- البعد الأول : (مستوي إدماج الفرد) ، ويهدف إلي تغيير الأنماط التقليدية لعملية التنشئة الإجتماعية ، التي تقدم للأفراد الأسوياء والمعاقين ، والعمل علي تغيير الإتجاهات بين الفئتين عن طريق قيم المساواة ، وإتاحة الفرص ثم ، التركيز علي التغيير الموجه لوسائل الإعلام والإتصال ودورها في عمليات الوقاية

والعلاج والمشاركة . وأخيراً ، العمل علي تغيير إتجاهات المعاق نحو ذاته والآخرين تمهيداً لإدماجه في المجتمع .

- البعد الثاني : (التخطيط لتغيير الجماعات والتنظيمات) ، والذي يركز عموماً علي كل من تنظيمات ومؤسسات العمل ورعاية المعوقين ، والتي تشمل علي سبيل المثال ، مؤسسات التعليم الرسمي وغير الرسمي ، وتوجيهها نحو عمليات إدماج المعاقين ، ثم العمل علي تغيير نظم العمل التقليدية وسن التشريعات اللازمة ، التي تتيح فرصاً للعمل والكسب للمعاقين في مؤسسات العمل المختلفة ، وأخيراً ، تغيير الوظائف والأهداف العامة للتنظيمات ونظم إداراتها التقليدية ، بما يحقق ميكانزمات إشباع الحاجات الأساسية ، التي يحتاجها المعاقون بالفعل في حياتهم العادية ومستقبلهم المهني .

- البعد الثالث : (مستوي المجتمع) ، ويركز هذا البعد علي ضرورة تبني المجتمع وسياساته الإجتماعية نحو إجراء تغييرات أكثر إيجابية في أنماط الإنتاج والعمل ، والتوزيع ، وعدالة إتاحة الفرص أمام الجميع ، وذلك عن طريق وضع التشريعات الإجتماعية والمهنية ، التي تكفل ضمان مستقبل أفضل للمعاقين ، حتي يشاركوا في عملية التنمية ، ويحققوا نوعاً من الذاتية والإستقلالية .

وبإيجاز ، هذه أهم المستويات التي تهدف لتحقيق سياسات إجتماعية مخططة، تقوم علي أسس علمية سليمة ، وتشمل كافة المستويات ، التي عن طريقها يتم التخطيط لإدماج المعاقين في المجتمع وذلك علي البعدين قصير المدي وما يسمي بالبعد الإستراتيجي (بعيد المدي) . حقيقة ، أن تبني هذا النوع من التخطيط الإجتماعي ، يؤدي لتحقيق غايات وأهداف السياسة الإجتماعية العامة نحو المعاقين، والسعي للتعرف علي جذور هذه المشكلة الإجتماعية ، ومحاولة تقديم الحلول والإستراتيجيات البديلة لها . ومن ثم ، فإن غياب هذا النوع من التخطيط ، يؤدي إلي تفاقم نتائج المشكلات الإجتماعية ، التي لها إنعكاسات سلبية علي كل من الفرد

والجماعة والمجتمع . وعلي أية حال ، إن الحاجة مازالت ماسة وضرورية نحو إجراء البحوث والدراسات النظرية والميدانية في مجال رعاية المعوقين ، خاصة أن تلك الفئات الإجتماعية ومؤسساتها المختلفة ، لم تحظ إلا بالقليل من إهتمامات الباحثين والمهتمين بقضايا ومشكلات المجتمع الحديث وخاصة في مجتمعات الدول النامية . ونأمل أن تسهم - هذه الدراسة المتواضعة - في فتح المجال أمام الباحثين ، وتعتبر نقطة إنطلاق أساسية لهم ، خاصة وأنها تحاول أن تغطي الأبعاد النظرية لمشكلة المعوقين ، ثم السعي لأختبار هذه الأبعاد واقعياً ، في ضوء نتائج الدراسة الميدانية علي إحدي مجتمعات وطننا العربي .

الهوامش والمراجع :

(١) للمزيد من التفاصيل ، حول عمليات التخطيط الإجتماعي ، وأنواع التخطيط وأسسه وعملياته وحدوده ، وأهدافه في المجتمعات النامية ارجع إلي :

- عبد الباسط حسن ، التنمية الإجتماعية (ط ٤) القاهرة : مكتبة وهبة ١٩٨٢ ، (خاصة الفصل الثامن) .

- عاطف غيث ، محمد علي محمد ، التغير الإجتماعي والتخطيط : الأسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٨ ، الفصل (١٠) .

(٢) انظر ، المبحث الأول .

(3) Chambers, D. E., Social Policy and Social Programs, N. Y. : Macmillan Publish Co. 1986, p. 8 .

(٤) منظمة الأمم المتحدة للتربية والثقافة والعلوم (اليونسكو) ، التربية الخاصة للمعوقين : جدول أعمال لعقد التسعينات ، الأمم المتحدة : المجلس الإقتصادي والإجتماعي ، مرجع سابق ، ص ٣ - ٥ .

وللمزيد من التفاصيل حول إسهامات اليونسكو لتوعية المواقف الراهنة لقضية التربية الخاصة للمعوقين علي المستوي العالمي ارجع إلي :

- UNESCO, Review of The Present Sitution of Special Education, 1988.

- UNESCO, Final Report on The UNESCO , Consultation on Special Education, 1988.

(5) Prake, R. D., " Fathers, Families and Support System, Their Role in The Development of At - Risk and Retarded

Infants and Children", in J. J. Gallagher, op. cit., Chap. (6) pp. 101 - 113.

(٦) فتحي السيد عبد الرحيم ، مرجع سابق ، ص ٤ – ٥ .

(٧) توجد بعض المحاولات التي ركزت علي تقييم المستشفيات كإحدي التنظيمات الإجتماعية ، وقياس درجات الكفاءة والفاعلية ، وذلك عن طريق إستخدام بعض المؤشرات العلاجية والطبية والمهنية المختلفة للمزيد من التفاصيل انظر:

– عبد الله محمد عبد الرحمن ، الإنتاجية والأداء التنظيمي والطبي بالمستشفيات : قضايا وأراء ، الإداري ، العدد ٤٥ – ٤٦ (السنة ١٣) معهد الإدارة العامة – مسقط – يونيو – سبتمبر ١٩٩١ ، ص ٢٥ – ٨٠.

(8) Tizard, op. cit., pp. 175 - 176 .

(٩) عبد الباسط عبد المعطي ، مرجع سابق ، ص ٢٦٧ – ص ٢٦٨ .

الجزء الثاني : الجانب الميداني للدراسة .

المبحث السابع : الاستراتيجية المنهجية للدراسة

المبحث الثامن : تطور الاهتمام بسياسات رعاية المعوقين .

في سلطنه عمان (مجتمع البحث) .

المبحث التاسع : عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية .

المبحث العاشر : النتائج العامة والتوصيات.

الملاحق .

المبحث السابع : الاستراتيجية المنهجية للدراسة.

(١) أهداف الدراسة وتساؤلاتها.

(٢) اختيار عينة الدراسة.

(أ) أسباب اختيار العينة.

(ب) عملية سحب وتحديد العينة.

(٣) طرق الدراسة وأساليب جمع البيانات.

(أ) طرق الدراسة.

(ب) أساليب جمع البيانات وتفريغها.

أهداف الدراسة وتساؤلاتها :

أصبحت مشكلة رعاية المعوقين إحدي القضايا الأساسية ، التي استقطبت اهتمام الباحثين في العلوم الاجتماعية والطبية والسلوكية ، خاصة بعد ان كشفت الاحصاءات والدراسات العالمية ، عن تزايد اعداد المعوقين وأصبحت تشكل نسبتهم ١٠ ٪ من اجمالي سكان العالم ، وذلك حسب تقديرات الأمم المتحدة . الاّ أن الأمر ، يزداد خطورة خاصة في دول العالم الثالث وينطبق ذلك بالفعل علي الدول العربية حيث ترتفع نسبة المعوقين الي ما بين ١٣ ـ ١٥ ٪ من اجمالي عدد السكان بها . وبالطبع ، ان تلك النسبة تشكل قطاعاً كبيراً ، من قوي الانتاج ، التي تتطلع اليها الدول العربية في عمليات الأنتاج والتنمية ، وتستنزف كثيراً من مواردها المالية والأقتصادية وتشكل عبأ علي كافه الفئات الاجتماعية الأخري .

وتبرز أهمية دراسة المعوقين في مجتمعات الخليج العربي ، بعداً هاماً في هذه المجتمعات ، خاصة وانها تسعي كغيرها من المجتمعات النامية ، للحد من معدلات الاعاقة المتزايدة بها ، والتخفيف من أعباء مشكلة الاعاقة والمعوقين ، نظراً لأنها تؤثر علي قطاع القوي العاملة في المرحلة الراهنة والقادمة . علاوة علي ذلك ، تشكل نسبة المعوقين نسبة عالية نتيجة طبيعه تكوين الهرم السكاني في مجتمعات الخليج ، حيث تزداد الاصابة بين فئة الاطفال (الأقل من ١٥ عاماً) ، والتي تتراوح نسبتها تقريبا ما بين (٤٠ ـ ٥٠ ٪) من اجمالي حجم السكان بها [(١)] . وهذا يكشف بالطبع ، عن عواقب مشكلة المعوقين ، خاصة ان عنصر السكان يمثل عنصراً هاماً، وذو أبعاد استراتيجية أمنية واقتصادية وتنموية من الدرجة الأولي .

ويكشف لنا تحليل تراث هذه القضية ، عن ابعاد مشكلة المعوقين و أهمية اسهامات علماء الاجتماع والسياسة الاجتماعية ، في دراسة قضايا المجتمع المعاصرة ، خاصة بعد ان غابت هذه الاسهامات لعقود طويلة ، تركزت فيها

الاهتمامات السوسيولوجية نحو المجتمعات الغربية ، دون دراسة واقعية لقضايا السياسة الاجتماعية ومشكلات العالم الثالث ، وذلك لظروف وأسباب متعددة(٢) وعلي أيه حال ، ان تحليل مشكلات العالم الثالث ، ترتبط بطبيعة السياسات الاجتماعية القائمة ، ونوعية البناءات والنظم الموجودة بها .

ويعد الاهتمام بتحليل سياسات الرعاية الاجتماعية ومؤسسات ومراكز المعوقين ، احدي تلك الاهتمامات التي ما زالت تحتاج للمزيد من الدراسات النظرية والامبيريقية ، من جانب الباحثين والمتخصصين في كل من علم الاجتماع والعلوم الاجتماعية الأخري ، حتي يمكن التعرف علي نوعية الرعاية الاجتماعية ، وكيفية تطويرها وتحسين مستويات الاداء والانجاز ، داخل تلك المراكز والمؤسسات الاجتماعية الهامة . ومن ثم ، فان دراسة الجوانب الاجتماعية والتأهيلية ، كاحدي الخدمات الاساسية التي تقدم الي المعوقين في مؤسساتهم ، وبعد تخرجهم منها ، يعد من أهم مجالات البحث ، التي ما زالت تحتاج للدراسة والتحليل ، والتعرف علي واقعية خدمات الرعاية ، التي تقدم الي أكثر الفئات احتياجا في المجتمع . ومن ناحية أخري ، يمكن لمثل تلك الدراسات ان تقوم بتحليل شامل للاعاقات المختلفة واسبابها ، بهدف العمل علي التقليل من معدلات زيادتها ، وتقديم اهم الاساليب الحديثة في مجال الوقاية والعلاج والتأهيل .

ومن هذا المنطلق ، تأتي أهمية موضوع البحث الحالي ، حيث تستهدف الدراسة بيان مستويات الرعاية الاجتماعية في مؤسسات ومراكز تأهيل المعوقين في سلطنة عمان خاصة ، بعد أن تزايدت اهتمامات سياسات الرعاية الاجتماعية منذ بداية السبعينات وحتي الآن ، واصبحت تلك السياسات محوراً اساسيا في استراتيجيات التنمية الشاملة في المجتمع العماني . علاوة علي ذلك، تجيء اهمية واهداف الدراسة عموماً ، بالغة القيمة ، حيث لم تجر أي دراسة ميدانية أو نظرية علي المعوقين في السلطنة ـ حسب معلومات الباحث المؤكدة . والتي نأمل ان تسهم في

عمليات التخطيط لرعاية المعوقين ، وزيادة مجالات البحث العلمي في هذا المجال .

ومن ثم ، تهتم الدراسة الحالية ، بدراسة وتحليل سياسات الرعاية الاجتماعية في مراكز ومؤسسات تأهيل المعوقين المختلفة في سلطنة عمان ، كما تركز أيضا ، علي معرفة الادوار الرئيسية التي تقوم بها هذه المراكز ، سواء تلك التي تتبع وزارة الشئون الاجتماعية والعمل ، أو وزارة التربية والتعليم والشباب ، أو وزارة الصحة ، أو الجمعيات التطوعية والخيرية الأخري ، وبصورة موجزة ، يتركز اهتمام وأهداف الدراسة الحالية في تحليل بعدين أساسيين هما :

أولا : تحليل طبيعة سياسات الرعاية الاجتماعية ، ومدي ارتباطها بنوعية التغيرات الاقتصادية والاجتماعية ، التي تشهدها سلطنة عمان منذ بداية السبعينات حتي الوقت الحاضر .

ثانيا : دراسة الأدوار الهامة ، التي تقوم بها مراكز رعاية المعوقين لهذه الفئة ، باعتبارها احدي مؤسسات الرعاية الاجتماعية ، التي تسهم في عمليات تحديث المجتمع وتنميته ، وتقديم وسائل الرعاية المختلفة . ثم ، تحليل طبيعة تلك الادوار ، ومحاولة تقييمها في ضوء عدة معايير علمية ومهنية حديثة ، تعكس نوعية الاداء الوظيفي ، للقائمين علي تقديم الرعاية الاجتماعية للمعوقين . والي أي حد يمكن الاسهام من خلال نتائج هذه الدراسة والتوصيات ، التي تخرج بها لتحسين مستويات الكفاءة والفاعلية للعاملين ، في مجال رعاية المعوقين ، والسعي للحد من معدلات الاعاقة ، خلال الكشف عن أسباب حدوثها في المجتمع العماني .

كما ان الدراسة الحالية ، تحاول أن تطرح عددا من الموضوعات الفرعية ، وتحاول تفسيرها في ضوء مجموعة من التصورات والمفاهيم والمتغيرات البحثية المختلفة ، التي تعكس اهمية دراسة دور مؤسسات المعوقين ، والنهوض بمستويات

الرعاية الاجتماعية والمساهمة بصورة اكثر فاعلية ، في تحقيق اهداف سياسات الرعاية والتنمية الشاملة . ومن ناحية أخري ، حرصت الدراسة ، علي معرفة نتائج الدراسات السابقة ، ومعرفة وجهات نظر الباحثين والمهتمين بمجال السياسات الاجتماعية ورعاية المعوقين وتأهيلهم ، والتعرف علي تباين الاراء النظرية حول سبل معالجة تلك القضية ، ومدي ارتباطها بطبيعة البناءات والنظم الاجتماعية والاقتصادية ، والسياسية ، التي تشكل نوعية خدمات الرعاية وتقديمها الي الفئات غير القادرة في المجتمع .

وباختصار ، تقوم الدراسة الحالية علي عدة قضايا مؤداها :

- ان اهمية وجود مؤسسات رعاية وتأهيل المعوقين ، يمكن ان يسهم بصورة اكثر فاعلية في تحقيق سياسات الرعاية الاجتماعية والتنمية الشاملة .

- ان دراسة هذه المؤسسات ، يكشف عن مدي امكانية زيادة اساليب وبرامج الرعاية الاجتماعية للمعوقين ، وكيفية تأهليهم بأحدث الطرق وعلي أفضل وجه.

- تحليل أهم العوامل الوراثية والبيئية والاجتماعية المختلفة ، التي تسهم بقدر كبير في زيادة اعداد المعوقين ، والحد من ارتفاع نسبتهم في المجتمع .

- الاستفادة من أفضل الطرق والاساليب العلمية ، التي ظهرت في مجال رعاية المعوقين وتأهيلهم نفسيا وتربويا ومهنيا واجتماعيا ، والعمل علي زيادة الوعي الاجتماعي لدي الفئات الاجتماعية الأخري في المجتمع ، للأهتمام برعاية المعوقين عن طريق التطوع في مجالات العمل الاجتماعي ، وكذلك انشاء المزيد من مراكز رعاية وتأهيل المعوقين .

ـ تساؤلات الدراسة :

وفي ضوء القضايا العامة السابقة ، تسعي هذه الدراسة الي طرح تساؤلات عدة تحاول الاجابة عليها ، علي المستوي النظري والامبيريقي ، ومن اهم هذه التساؤلات ما يلي :

١ ـ ما نوعية خدمات الرعاية الاجتماعية والتأهيلية ، التي توجد في مؤسسات ومراكز المعوقين ، ودورها في تنشئة وتأهيل هذه الفئة في المجتمع العماني؟

٢ ـ ما طبيعة اهداف واستراتيجيات تلك المؤسسات ، وما مدي ارتباطها بنوعية السياسات الاجتماعية والاقتصادية ، التي تشهدها السلطنة منذ بداية السبعينات ؟

٣ ـ ما مدي الاهتمام بأساليب الرعاية الاجتماعية والتأهيلية ، وباعداد الكوادر الفنية في مجال رعاية المعوقين ، وبتدريب القائمين علي هذه الاساليب سواء علي رعاية المعوق داخل المؤسسة ، واسرته خارجها ، وكذلك متابعة المعوق ورعايته بعد تأهيله وتشغيله ؟

٤ ـ كيف يمكن الارتفاع بمستويات الفاعلية والانجاز المهني في مجال رعاية المعوقين ؟ وكيف يمكن الاستفادة من التجارب الحديثة في هذا المجال علي المستوي الاقليمي والعالمي ؟

٥ ـ ما هو حجم المسئولية التي تقع علي عاتق مؤسسات ومراكز تأهيل المعوقين في توعية ابناء المجتمع بالاساليب المختلفة للاعاقة ، وبالاساليب التي تمكنها من الحد من زيادة معدلات الاعاقة ؟

٦ ـ ما هي اهم المعوقات والصعوبات التي تواجه العاملين في مجال رعاية المعوقين ، والتي تحد من زيادة كفاءتهم وقيامهم بمهامهم ، وما هي اهم

الحلول التي يمكن مواجهة تلك الصعوبات بها ، للتغلب عليها ورفع مستويات الرعاية النفسية والاجتماعية والمهنية للمعوقين ؟

٧ ـ كيف يمكن زيادة سبل التعاون بين تلك المؤسسات وارتباطها ببعض الوزارات أو المؤسسات الحكومية الاخري من ناحية ، وبين الاجهزة المحلية من ناحية أخري من أجل زيادة الوعي الاجتماعي ، والاهتمام بالمعوقين وتعزيز روابط الانتماء والولاء بين الفئات الاجتماعية المختلفة ؟

٨ ـ ما هي الاجراءات التي يمكن اتباعها من أجل زيادة سبل التعاون بين مؤسسات الرعاية وتأهيل المعوقين وغيرها من المؤسسات الأخري الاقليمية والعربية والعالمية ؟ والي أي حد يمكن الاستفادة من ذلك في رسم سياسات اجتماعية مستقبلية لرعاية المعوقين ، ومحاولة دمجهم في المجتمع ، وتحقيق ابعاد وأهداف التنمية الشاملة ؟

٢ـ اختيار عينة الدراسة :

(أ) أسباب أختيار العينة:

تعتبر عملية أختيار عينة الدراسة ، من أهم الخطوات المنهجية التي يقوم عليها البحث ، ولقد حرص الباحث علي ضرورة أختيار هذه العينة ، لتفي باغراض البحث وأهدافة الاساسية ، وتمثل ذلك بالفعل في تحديد مجتمع الدراسة وهما :

<u>أولا : طبيعة مؤسسات المعوقين</u> :

والتي تقوم بتقديم خدمات الرعاية المتعددة لهذه الفئة . فلقد ركزت الدراسة علي أختيار مؤسسات الرعاية لتشمل القطاعات التالية :

(١) القطاع التربوي والتعليمي (المدارس الخاصة)

(٢) القطاع التأهيلي والمهني (المراكز التأهيلية)

(٣) القطاع الطبي والعلاجي (المستشفيات)

وقبل ان نشير الي نوعية هذه المؤسسات ، نود توضيح حقيقتين هما :

أولا : منذ بداية الدراسة ، حرص الباحث علي ضرورة التنويع بين القطاعات المختلفة ، التي تقوم بالفعل بتقديم انماط الرعاية التربوية والتعليمية ، والتأهيلية المهنية والعلاجية والنفسية ، حتي يسهم ذلك في التعرف علي حقيقه وواقعية الخدمات التي تقدم للمعوقين ، وتحليل اهم المعوقات أو المشكلات التي تواجه هذه المؤسسات وكيفية النهوض بمستويات فاعليتها وكفاءتها .

ثانيا : تشكل تلك القطاعات الثلاث ، المؤسسات الفعلية الموجودة بالسلطنه . والتي حرصت الدراسة علي تغطيتها جميعا بدون استثناء ، حتي يمكن ان تتيح الفرصة لنتائج الدراسة لتقييم هذه المؤسسات ، في ضوء السياسات الاجتماعية الراهنة تجاة رعاية المعوقين . حقيقة ، توجد بعض المستشفيات المحلية الصغيرة في الولايات ، والتي تستقبل بعض أفراد المعوقين ، ولكن يتم تحويلهم بعد ذلك لتلك المستشفيات المتخصصة التي غطتها الدراسة .

- أما بالنسبة لقطاع المدارس التربوية الخاصة ، فلقد شملت الدراسة كلا من مدرستي الأمل (للصم والبكم) ، والمدرسة الفكرية (للتخلف العقلي) ، وتعتبران المدرستين المختصصتين في السلطنة حاليا لعلاج هذه الانواع من الاعاقات . وسوف نشير اليهما بعد ذلك ، عندما نتناول تطور الاهتمام برعاية المعوقين ، والنشأة التطورية الأولي لتأسيس هذه المدارس ، حتي ان وصلت عليه

حاليا ، وقت اجراء الدراسة الميدانية .

- بالنسبة لقطاع المراكز التأهيلية والمهنية ، فلقد اهتمت الدراسة بأختيار مركز الخوض للمعوقين ، باعتباره المركز التأهيلي الوحيد ، الذي أنشأ في السلطنة لتدريب وتأهيل المعوقين حركيا وسمعيا . علاوة علي ذلك ، شملت الدراسة القطاع الخيري لرعاية المعوقين ، والذي يتولي الأشراف عليه وزراة الشئون الاجتماعية والعمل ، ولكن تقوم الجمعيات الأهلية التطوعية بمعظم الانشطة والخدمات في هذه المراكز ، مثل جمعية المرأة العمانية ، ومركز " بدبد " . هذا بالاضافة ، الي ان الدراسة شملت أيضاً ، احد المراكز الحديثة النشأة وهو مركز " صلالة " ، الذي يقع تحت اشراف وزارة الشئون الاجتماعية ويقوم القطاع الأهلي بتقديم الخدمات عن طريق جهود المتطوعين .

- أما بالنسبة لقطاع المستشفيات ، والذي أهتمت الدراسة بتغطيته للتعرف علي أوجه النشاط والرعاية النفسية والعلاجية التي تقدم للمعوقين في السلطنة ، وبالفعل اجريت الدراسة ، علي أربعة مستشفيات (المستشفي السلطاني ، والنهضة ، وخوله ، وابن سينا) المستشفيات الثلاث الأولي تهتم برعاية المعوقين طبيا وعلاجيا لما بها من أقسام تخصصية رئيسية تعالج المعوقين وخاصة أقسام الحوادث والطواريء ، حيث تعتبر الحوادث وخاصة حوادث المرور من احد في اسباب حدوث الإعاقة بالسلطنة - أما المستشفي الأخير ، وهو مستشفي (ابن سينا) للأمراض النفسية والعقلية ، ويعد من أهم المستشفيات التخصصية الوحيدة التي تقدم أنواع العلاج اللازم للمعوقين سواء للحالات المقيمة بالفعل أو المترددة علي المستشفي لتلقي العلاج .

ثانيا : عينه الدراسة من المبحوثين :

عرضنا فيما سبق ، طبيعة عينة الدراسة من المؤسسات التي تقوم بتقديم

الرعاية للمعوقين في السلطنه ، وسوف نوضح حاليا نوعية الدراسة والتي تنقسم الي فئتين اساسيتين هما :

(١) عينة المعوقين : تعتبر هذه الفئه الوحيدة التي يطلق عليها " بمخرجات " سياسات وعمليات الرعاية الاجتماعية والطبية والتأهيلية بصفة عامة . فلقد اهتمت الدراسة ، بضرورة التعرف علي أراء المعوقين وتحليل انطباعاتهم عن نوعية الخدمات ، التي تقدم اليهم ، ومدي الأستفادة منها في مراحل علاجهم وتعليمهم وتأهيلهم . وبالفعل ، تم تحديد أنوا ع العينة من المعوقين ، واجراء مقابلات الدراسة المقننة ، أو استمارة البحث ، وخاصة مع المعوقين الذين مكثوا أطول فترة في هذه المؤسسات أو أثناء عمليات تأهيلهم .

حقيقة ، لقد واجه الباحث مشاكل جمه ، بخصوص اختيار هذه العينة ، خاصة فيما يتعلق بالتعرف علي الآراء ووجهات النظر حول طبيعة الخدمات وانماط الرعاية وعلاقتهم بالفئات العلاجية أو التأهيلية بمراكز ومؤسسات المعوقين . ولكن تم التغلب علي ذلك ، عن طريق ضرورة مقابلة الباحث مع كل من المعوق واحد افراد اسرته وخاصة الوالدين ، مما أفاد الباحث الكثير من نتائج هذه المقابلات . وفي الواقع ، كانت للخطوة المنهجية الاساسية (الاختبار المبدئي Pre Test) لعينة البحث ، سواء بين المعوقين والعاملين ، الكثير من الفوائد المتعددة ، التي أثمرت تعديلاتها عن الكثير من الجوانب الايجابية ، وتلافي العديد من الصعوبات ، حول تقييم مشكلات الرعاية وانماط الخدمات ، وأسباب الرعاية وغيرها كما سوف نشير اليه تباعاً أثناء تحليل نتائج الدراسة .

علاوة علي ذلك ، كان لتنوع مؤسسات رعاية المعوقين واختلافها ، حيث شملت مدارس للتربيه الخاصة ، ومراكز تأهيلية ، ومستشفيات عامة وتخصيصة ، الكشف عن الكثير من استجابات المعوقين وارائهم ووجهات نظرهم حول نوعية

الرعاية ، وانماط وفئات الإعاقة ، وأسباب حدوثها ، والعديد من الانواع السلوكية والبيئية والاجتماعية.والثقافية الأخري ، التي ترتبط بعملية رعاية المعوقين ، ومجال الإعاقة بصفة عامة .

(ب) عينة المسئولين والعاملين ، يكشف تراث دراسة مشكلة المعوقين ، علي اهمية التعرف علي اراء العاملين سواء أكانوا من أصحاب الوظائف الحكومية الرسمية أم من المتطوعين ، وتحليل وجهات نظرهم حول انماط الرعاية المتعددة ، التي تقدم لفئات اجتماعية لها ظروفها الخاصة بها . ومن ثم ، فلقد حرصت الدراسة علي ضرورة اجراء " مقابلات مقننة وغير مقننة أو حرة " مع العاملين في كافة التخصصات العلاجية أو التأهيلية أو التربوية التعليمية ، التي تقدم خدمات للمعوقين .

وفي حقيقة الأمر ، لقد اسهمت عملية تغطية الدراسة لكافة المؤسسات المعروفة ، والتي تهتم برعاية المعوقين ، . للكشف عن المزيد من المعلومات والاراء القيمه في هذا المجال . وما هي أهم الصعوبات والمعوقات التي تواجه هذه الفئات العلاجية أو التأهيلية ، عند تقديمها لانماط الرعاية المختلفة للمعوقين . علاوة علي ذلك ، اهتمت الدراسة بمعرفه كافة التخصصات المهنية والأدارية والخدمات المساعدة ، وذلك عن طريق اجراء استمارة البحث المقننة من ناحية ، أو المقابلات المفتوحة أو الحرة من ناحية أخري . ولقد ساهم ذلك في استثمارة في عمليات التحليل الكمي والكيفي معا ، وتحقيق أهداف الدراسة وأغراضها الأساسية .

(ب) عملية سحب وتحديد العينة :

وفي ضوء ما سبق ، يتضح لنا كيفيه اختيار عينه الدراسة علي مستوي كل من مؤسسات رعاية المعوقين ، وطبيعية المبحوثين من المعوقين والمسئولين . أما عملية تحديد اعداد العينه ، وأنواع فئاتها المختلفة ، تم ذلك عن طريق زيارة

هذه المؤسسات مسبقاً ، والتعرف علي البيانات الجاهزة وشبة الجاهزة من اجهزتها الأدارية المتخصصة بكل مؤسسة علي حده ولقد ساعد ذلك في تحديد نوعية المعوقين ، الذين يتم رعايتهم أو تعليمهم أو تأهيلهم ، وأيضا اعداد العاملين سواء كانوا من المسئولين الرسميين أو المتطوعين في مجال رعاية المعوقين . ويمكن فيما يلي ، ان نشير الي الخطوات الأجرائية لاختيار وسحب عينة الدراسة من المبحوثين :-

(أولا) : عينه المبحوثين من المعوقين : في حقيقة الأمر ، تنوعت فئة المبحوثين حسب كل من اعاقاتهم وتصنيفاتها المختلفة ، وطبيعة المؤسسات التي يلتحقون بها. ولقد تم ذلك ، عن طريق الرجوع الي السجلات الداخلية بكل مؤسسة لمعرفة نوعية الأقسام العلاجية والتأهيلية والتربوية بكل منها . ولقد أهتمت الدراسة بضرورة تمثيل كافة الأقسام المتخصصة بكل مؤسسة ، مع التركيز علي الفئات المعاقة التي مكثت أطول فتره ممكنه بها ، حتي يساعد ذلك علي تقييم نوعية الخدمات ، التي تقدم اليهم خلال فترة اقاماتهم وعلاجهم . ويمكن الأشاره الي ذلك حسب طبيعة القطاعات والمؤسسات العلاجية التي غطتها الدراسة الميدانية ، كما يوضح هذا في جدول رقم (أ) الخاص بسحب عينة الدراسة من المبحوثين :

١ - بالنسبة لقطاع المدارس التربوية الخاصة ، غطت الدراسة مدرستي الأمل (للصم والبكم) ، والفكرية (للتخلف العقلي) وتم تحديد العينة من كل مدرسة حسب عدد فصولها الدراسية ونوعية جميع الاعاقات الموجودة . ولقد بلغت نسبة العينة من المبحوثين في المدرسة الأولي (الأمل) ١ر١٧ ٪ وتمثل (٣٥) حالة من (٢٠٤) حالة . أما المدرسة الثانية (الفكرية) فتم اختيار (٤٩) حالة من اجمالي الحالات الموجودة (١٥٠) حالة وذلك بنسبة ٦ر٣٢ ٪ . وعلي اية حال ، بلغت نسبة العينة المختلفة في الدراسة ٦ر٣٣ ٪ من اجمالي عدد

التلاميذ المعوقين في المدرستين ، وتشكل هذه النسبة عينه ممثلة كشفت عن الكثير من الاراء حول نوعية الاعاقات وطبيعة الرعاية في المدرستين .

٢ ـ بالنسبة لقطاع المراكز التأهيلية المتخصصه ، يجب ان نشير أولا ، ان المركز الوحيد التأهيلي ، وهو مركز " الخوض " ، الذي يقوم بتأهيل الاعاقات الحركية والسمعية ، كما ان الحالات الموجودة بالمراكز الاخري ، يجري تأهيلها اجتماعيا وتربويا فقط ، ثم بعد ذلك يتم نقل الاعاقات التي يمكن تأهيليها الي مركز " الخوض " ، لتكملة عملية التأهيل التعليمي والمهني . علاوة علي ذلك ، ان المراكز الثلاث الأخري (بدبد ، وصلالة ، وجمعية المرأة العمانيه) فهي مراكز تطوعية خيرية ، يجري الاشراف عليها مع التنسيق بين ادارة تلك الجمعيات ووزارة الشئون الأجتماعية .

ولقد جاءت نسبة العينة في مركز (بدبد) ٢٤ ٪ من اجمالي أفراد المعوقين ، وفي مركز الخوض ٦٦٫٦ ٪ ومركز صلاله ٤٦٫٦ ٪ وجمعية المرأة العمانية ٢٥ ٪ . وتمثل حجم العينة في هذه المراكز الأربعة (٥٣) حالة من (١١٢) حالة اجمالية ، وذلك بنسبة ٤٧٫٣ ٪ . من ثم ، جاءت حجم عينة الدراسة من المعوقين لتشكل نسبة عالية أو تقريبا نصف حالات المعوقين الموجودين بالفعل في هذه المؤسسات أثناء اجراء الدراسة الميدانية .

٣ ـ بالنسبة لقطاع المستشفيات ، اشرنا فيما سبق ، ان عملية تحديد العينة جاء من واقع السجلات الموجودة بكل مستشفي وخاصة في الأقسام العلاجية المتخصصة برعاية الاصابات والحوادث والاعاقات الموجودة . ولقد أهتمت الدراسة باجراء استمارة البحث والمقابلات مع كافة المعوقين سواء المقيمين أو ايضا المترددين علي هذه المستشفيات لتلقي العلاج .

ولقد جاءت نسبة العينة من المعوقين في المستشفيات الأربع وهي المستشفي

السلطاني ، والنهضة ، وخوله ، وابن سينا ، وهي (٥٦ر٦ ٪ ، ٤٠ ٪ ، ٦٠ ٪ ، ٦٦٪ علي التوالي) . وعلي أيه حال ، جاء تمثيل متوسط نسبة العينة من المعوقين ٥٧ر٩ ٪ من اجمالي عدد المعوقين لهذه المستشفيات . علاوة علي ذلك ، ان الدراسة، اجرت الكثير من المقابلات الحرة والمفتوحة مع المعوقين.الذين يترددون علي العيادات الخارجية Out Patients Cline ، للتعرف علي وجهات نظرهم حول الرعاية الطبية والعلاجية خاصة وان هناك نسبة عالية جداً من المرضي تتابع عملية علاجها أو تكمله ولقد زادت هذه النسبة بصورة عالية في السنوات الأخيرة [٣] .

وعموما ، فلقد بلغ حجم أفراد العينة (٢٥٠) حالة من المعوقين من بين اجمالي الحالات الموجودة (٦٥٧) حالة في قطاعات الدراسة الثلاث المدارس ، المراكز ، المستشفيات [٤] . وتمثل هذه الحالات من العينة نسبة ٣٨ ٪ من العدد الأجمالي للمعوقين بها ، وبالطبع ، تبرز هذه النسبة ، كبر حجم عينة الدراسة من المبحوثين المعوقين ، مما تعكس استجابتهم مؤشرات لها دلالات هامة لتحقيق اهداف الدراسة وأغراضها الأساسية .

ثانيا : عينة الدراسة من العاملين والمسئولين : وضحنا فيما سبق ، أهمية أختيار عينة الدراسة من المسئولين سواء أكانوا يشغلون وظائف رسمية أم يعملون كمتطوعين في مؤسسات الرعاية الاجتماعية والعلاجية والتأهيلية للمعوقين . وفي واقع الأمر ، ان تحديد حجم هذه العينة من المبحوثين ، اتبع نفس خطوات العينة السابقة من المعوقين ، والرجوع الي السجلات الرسمية لكل مؤسسة علي حده . وحرص الباحث علي ضرورة أختيار كافة التخصصات المهنية المتخصصه والأدارية والخدمات المساعدة الأخري التي تقوم بالفعل بتقديم خدماتها للمعوقين . علاوة علي ذلك ، اهتم الباحث بإجراء " مقابلات حرة " مع بعض المسئولين العاملين في الوزارات والأدارات المركزية التي تقوم بالأشراف العام والتنسيق بينها وبين الهيئات الأدارية والمهنية في

المراكز والمؤسسات ، التي اجريت عليها الدراسة . ويمكن عرض نسبة المسئولين أو العاملين في هذه المؤسسات كما يلي : -

١ - بالنسبة لقطاع المدارس التربوية الخاصة ، فلقد بلغت نسبة العينة من العاملين (وجميعهم يعملون بصفة رسمية ولا يوجد من بينهم متطوعين) في مدرستي الأمل ، والفكرية (٤ر ٨٦ ٪ ، ٤٨ ٪ علي التوالي) وتمثل هذه النسبة ٦ر ٥٧ ٪ من اجمالي عدد العاملين بالمدرستين معاً ، (وتبلغ (٤٥) حالة من بين (٧٨) حالة اجمالي عدد العاملين) .

٢ - بالنسبة لقطاع المراكز التأهيلية . والتي شملت مراكز بدبد ، والخوض ، وصلالة، وجمعية المرأة العمانية والمديرية العامة للمرأة والطفل . فلقد مثلت عينة الدراسة من العاملين والمسئولين النسب التالية (٥٧ ٪ ، ٤١ ٪ ، ٨ر ٨٢، ٪ ، ٧٠ ٪ وذلك علي التوالي) ، وذلك من اجمالي حجم العاملين الكلي . كما جاءت اجمالي نسبة المسئولين في العينة علي مستوي هذه المراكز الأربعة ٤ر ٧٣ ٪ ، وهي تمثل نسبة كبيرة من اجمالي العاملين . ويبقي ان نشير هنا ، أن مركز الخوض فقط ، جميع العاملين به يعتبروا مسئولين رسميين ، بخلاف بقية المراكز الثلاث الأخري فجميع العاملين بها من المتطوعين الوطنيين أو الأجانب (ماعدا مديري مركز صلالة وبدبد) واللذين بدأ العمل كمتطوعين أولاً ، ثم تم تعيينهم بصفة دائمة في هذه المراكز نظراً لخبرتهم بهذا المجال وادارة تلك المراكز .

٣ - بالنسبة لقطاع المستشفيات ، فجميع العاملين بها رسميون وغير متطوعين وذلك بحكم أعمالهم الرسمية - وجاءت نسبة العينة في المستشفيات الأربعة (السلطاني ، النهضة ، خولة ، ابن سينا) وهي (٢٤ ٪ ، ٦ر ٢٦ ٪ ، ٥٠ ٪ ، ١، ١٥ ٪ علي التوالي) وقد بلغت هذه النسبة (عينة المسئولين) ٤ر ٢٠ ٪ من اجمالي عدد العاملين ، الذين يعملون في الأقسام العلاجية المتخصصه في هذه

المستشفيات . وعلي أيه حال ، تمثل هذه النسبة عداد كبيراً من العاملين والمسئولين . وقد تم أختيارهم بواقع تخصصاتهم المهنية والأدارية والعلاجية ، والخدمات المساعدة والتأهيلية الأخري .

وعموما ، لقد حرصت الدراسة منذ البداية علي ضرورة تمثيل عينة كبيرة من العاملين والمسئولين في مؤسسات ومراكز المعوقين ، حتي يمكن التعرف علي أراء هذه الفئة ، وخبراتهم ، وانطباعاتهم ، وأهم المشكلات التي يواجهونها في مجال رعاية المعوقين . ولقد بلغ العدد الأجمالي لأفراد هذه العينة من المبحوثين (١٥٠) عاملاً من بين ٣٨٧ عاملاً ، وذلك بنسبة ٧ر ٣٨ ٪ ، هي تشكل نسبة كبيرة من العدد الأجمالي ، وعبرت استجاباتهم عن الكثير من الأراء والتصورات ، حول رعاية المعوقين ، وكيفية رفع الكفاءات والامكانات التأهيلية والعلاجية والتربوية في المؤسسات التي يعملون بها . وهذا ما سوف نهتم بتحليله تباعاً حسب نتائج الدراسة الميدانية .

(٣) طرق الدراسة واساليب جمع البيانات :

(أ) طرق الدراسة :

كان لتنوع أهداف الدراسة الحالية ، ونوعية التساؤلات والقضايا التصورية العامة التي طرحتها المعالجة النظرية والميدانية ، والتي توضح بصفة اساسية ، ان هذه الدراسة - دراسة استطلاعية - تهدف للتعرف علي نوعية كل من سياسات الرعاية الأجتماعية ، وطبيعة مؤسسات ومراكز رعاية المعوقين في المجتمع العماني، وتحليل دور تلك المؤسسات في خدمة هذه الفئة غير القادرة ، والتي تحتاج الي المزيد من الرعاية المتعددة . علاوة علي ذلك ، فإن هذه الدراسة تسعي لتقييم طبيعة تلك الخدمات ، التي تقوم بتأديتها مؤسسات الرعاية المختلفة ، وكيفية تطوير اساليبها ورفع كفاءتها ، والعمل علي التنسيق بين السياسات الأجتماعية وأهدافها ،

حتي تحقق أهدافها العامة من أجل التنمية الشاملة ، والعمل علي دمج المعوقين في عمليات التنمية بالمجتمع .

وفي اطار نوعية هذه الدراسة المشار اليها ، استخدمت طريقة (الحالة) علي عدد من المؤسسات والمراكز والمستشفيات ، باعتبارها احدي الطرق المنهجية ، وتجري علي مجموعة التنظيمات المحددة ومعرفة مدي تأثيرها وواقعيتها في عمليات تنفيذ أهداف وسياسات الرعاية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة .

ومن هذا المنطلق ، فلقد تعددت طرق الدراسة وتنوعت طبيعة ادوات واساليب جمع البيانات ، نظراً لتركيز الدراسة منذ البداية ، علي ضرورة الأخذ في الأعتبار بتنوع مصادر المعلومات التي يجب ان تعتمد عليها ، ظهر ذلك بوضوح في عمليات أختيار وتحديد عينة الدراسة ، ويمكن تفسير اسباب عملية تعدد طرق الدراسة الي سببين هما بإيجاز :

أولا : ان تحديد عينة الدراسة من المبحوثين (المعوقين) ، كان من أهم الأهداف الأساسية للدراسة وهو ضرورة التعرف علي وجهات نظر هذه الفئة ، باعتبارها أهم مخرجات ، سياسات الرعاية الاجتماعية والتربوية والطبية والتأهيلية في نفس الوقت . والي أي حد سوف تسهم هذه الخدمات في عمليات الأختيار المهني ، وتحديد مستقبل الخريجين وعمليات تشغيلهم ودمجهم في المجتمع .

ثانيا : يتبلور هذا السبب في عملية أختيار المسئولين سواء أكانوا رسمين أم متطوعين ، للكشف عن أهم المشاكل والعقبات التي تواجههم في عمليات تقديم الرعاية المختلفة للمعوقين ، وما هي أهم انطباعاتهم وارائهم حول سبل تنمية معدلات الكفاءة والأنجاز المهني والوظيفي في مؤسساتهم المختلفة . وكيفية الحد من الاصابة أو العجز أو الأعاقة ، والتعرف علي أسبابها

والوقاية منها في المجتمع ، خاصة وأن هناك الكثير من المؤشرات السلبية التي توضح زيادة معدلات الاعاقة والمعوقين .

ونحاول فيما يلي ان نعرض بايجاز ، لأهم أدوات وطرق الدراسة بالنسبة لأفراد العينة من المبحوثين كما يلي :-

(١) بالنسبة للمعوقين . رأت الدراسة ضرورة اجراء وتطبيق استمارة البحث (استمارة الاستبيان) ، للتعرف علي أراء المعوقين أو أولياء أمورهم - في حالة تعذر الأتصال بين الباحث والمعوقين - وقد تم تحديد نوعية الأسئلة والتي شملت (٣٣) سؤلاً ، والعمل علي تنويعها لتشمل العديد من المتغيرات الاساسية ، مثل اسباب حدوث الأصابة ، ومدي تعددها في الأسرة ، والبيئة الاجتماعية والأنماط السلوكية ، ونوعية الوعي بطبيعة الخدمات ، التي تقدم بالمراكز أو المؤسسة أو المستشفي ، ومدي كفاءتها ، ونوعية التعاون بين هذه المؤسسات والأسرة في مجال رعاية المعوق . ثم أهم المقترحات حول اساليب رفع مستويات الخدمات العامة التي تقوم بتقديمها المؤسسات التي التحقوا بها بالفعل (٥) .

هذا بالاضافة الي ، لاهتمام الدراسة ، بالرجوع الي السجلات الخاصة بحالات المعوقين من أفراد العينه ، للكشف عن المزيد من المعلومات والبيانات الأساسية الأخري ، التي توضح تاريخ الحالة المرضية ، ونوعية الأصابةوتاريخ حدوثها وغير ذلك من بيانات هامة وأساسية . ثم ايضا ، الي الرجوع الي أراء أولياء الأمور للتعرف علي الكثير من المعلومات التي قد يتعذر الحصول عليها من المعاق مباشرة .

وفي حقيقية الأمر ، لقد اهتمت الدراسة باتخاذ العديد من الأجراءات البحثية والمنهجية اللازمة ، والتي يجب اتباعها قبل تطبيق استمارة البحث ، وقد تمثل ذلك في خطوتين اساسيتين هما :-

أولا : مناقشة الأستمارة وتحكيمها : مع الزملاء أعضاء هيئة التدريس لقسم الأجتماع وقسم علم النفس بجامعة السلطان ، للأستفادة من وجهات نظرهم وارائهم العلمية . وكانت في مجملها ذات قيمة علمية ومثمرة . علاوة علي ذلك ، حرص الباحث لأجراء مقابلات مفتوحة ، ومناقشة الأستمارة قبل تطبيقها مع عدد من المسئولين في مجال رعاية المعوقين ، وخاصة بعض خبراء الأمم المتحدة ، مثل اليونسكو واليونسيف ، نظراً لخبرتهم العالمية في هذا المجال . كما أخذ أراء عدد من مديري ومسئولي خدمات المعوقين في مراكز الرعاية بالسلطنة . وقد كشفت تلك المقابلات والمناقشات عن نتائج ايجابية بالغة القيمة ، وأسهمت في الكثير من الأفكار والتصورات العلمية المفيدة لتحقيق أهداف الدراسة .

ثانيا : الأختبار المبدئي للأستمارة ، تم أختيار (٧٥) حالة من المعوقين علي مستوي كافة مؤسسات الدراسة الميدانية ، وذلك لاجراء عملية (الاختيار المبدئي Pre _ Test) للأستمارة ، وفي حقيقة الأمر ، لقد أثمرت هذه الخطوة عن اجراء بعض التعديلات الهامة علي الاستمارة ، كما ساهم ذلك في الحصول علي المزيد من المعلومات اللازمة للدراسة ككل .

(٢) بالنسبة للمسئولين : أهتمت الدراسة بطبيق كل من (استمارة البحث) علي أفراد العينة من العاملين في مؤسسات رعاية المعوقين المختلفة ، علاوة علي ذلك ، اجري الباحث المزيد من المقابلات الحرة المفتوحة ، والتي كشفت عن المزيد من المعلومات الهامة التي أثرت طبيعة التحليل الكيفي ، بالاضافة الي التحليل الكمي للدراسة .

وقد تم اعداد استمارة البحث الخاصة بالمسئولين ، والتي شملت (٥١) سؤالاً لتغطي العديد من المتغيرات الأساسية ، والتعرف علي ظروف الألتحاق بالعمل وطبيعتة ، ووجهة نظرهم حول المعوقين كفئة اجتماعية ، وأسباب حدوث الاعاقات ، ودرجة الوعي الأجتماعي بها ، ونوعية الأداء الوظيفي والمهني ، وعمليات التدريب والأعداد المهني أثناء عمليات الخدمة ، وأساليب التشغيل والمتابعة للمعوقين، وأهم معوقات العمل الوظيفي ، والمقترحات الهامة حول رفع مستوي كفاءة الرعاية الشاملة للمعوقين [٦] .

علاوة علي ذلك ، فلقد أهتمت الدراسة ، باتباع نفس الخطوات الاساسية ، قبل حدوث وتطبيق الأستمارة ، وهي مناقشة استمارة البحث وتحكيمها ، والأختبار المبدئي لها ، كما حدث ذلك في استمارة المبحوثين من المعوقين ايضاً .

ومن ناحية أخري ، اعتمدت الدراسة علي (الاحصاءات) كأحد المصادر الهامة من ادوات جمع البيانات ، وباعتبارها عنصراً اساسيا في تحديد حجم عينة الدراسة من المعوقين والمسئولين والعاملين والمتطوعين ، ولقد ساهم ذلك في معرفة أهم الاعاقات الموجودة والتخصصات المهنية والعلاجية التأهيلية في مؤسسات المعوقين كما اهتمت الدراسة بالرجوع الي (الوثائق والسجلات الرسمية) ، كمصدر رابع في هذه الدراسة ـ للحصول علي البيانات اللازمة وخاصة عمليات تطور النشأة التاريخية لمؤسسات رعاية المعوقين ، وأهم أهدافها الأساسية التي وضعت قبل نشأتها وتسعي لتحقيقها .

وعموما ، وفي ضوء مما سبق ، لتحليل طرق الدراسة وأدوات جمع البيانات التي أهتم بها الباحث ، والتي ساهمت في تحقيق (مبدأ المرونة المنهجية) ، واستخدام عدة مصادر لجمع البيانات ، والتي تمثلت في استمارة البحث ، والمقابلات الحرة المفتوحة ، والاحصاءات ، والسجلات الرسمية ، في الاسهام للحصول علي المزيد من البيانات والمعلومات ، التي أثرت عملية التحليل الكمي والكيفي وتنوع نتائج الدراسة وتحقيق أهدافها ،

(ب) اساليب جمع البيانات وتفريغها :

اهتمت الدراسة بضرورة اتباع الخطوات المنهجية الاساسية لاجراء مثل هذا النوع من الدراسات ، كما اتضح ذلك في خطوات اختيار وسحب العينة سواء للمعوقين أو المسئولين . وهذا ما ظهر ايضا ، في خطوات جمع البيانات وتفريغها ، فلقد حرص الباحث علي ضرورة تنوع طرق وأدوات جمع البيانات ، والتي تمثلت في تطبيق استمارة البحث علي كل من المعوقين والمسئولين ، بالاضافة الي اجراء المقابلات الحرة المفتوحة ، مع أولياء الأمور للمعوقين ، وايضا بعدد كبير من المسئولين والقيادات الرسمية التي تقوم بعمليات الاشراف والتنسيق علي مؤسسات رعاية المعوقين .

ولقد استمرت عملية اجراء الدراسة الميدانية وتطبيق استمارة البحث والمقابلات بأنواعها ، أكثر من سته أشهر كاملة ، نظراً للصعوبات المتعددة التي تطرحها طبيعة الدراسة ، وكبر حجم العينة الممثلة ، وتنوع مراكز ومؤسسات ومستشفيات رعاية المعوقين بالسلطنة ، علاوة علي ذلك ، صعوبات جمع البيانات مع المعوقين واجراء الترتيبات اللازمة لمقابلة أولياء الأمور ، وندرة الاحصاءات أو عدم توافرها علي الاطلاق ، وغير ذلك من مشكلات متعددة يتعذر سردها أو الاشارة اليها .

وخلال عملية اجراء تطبيق أستمارات البحث ، كانت تتم عملية المراجعة المكتبية ، لها بصورة مستمرة ، ثم بعدَ ذلك تم ادخال البيانات الخاصة بها في (الحاسب الألي) بجامعة السلطان قابوس ، وذلك بواسطة الباحث وتكملة عمليات التحليل الكمي الاحصائي لعينة الدراسة ، والحصول علي البيانات اللازمة سواء علي مستوي كل مركز أو مؤسسة أو قطاع معين أو علي المستوي الكلي لجميع أفراد العينة . وبايجاز ، لقد أثري استخدام الحاسب الألي في عمليات التحليل الكمي والحصول علي المتغيرات والعلاقات المتداخلة بينها والتي تخدم التحقق من التساؤلات والقضايا العامة التي طرحتها الدراسة مسبقا .

وأخيراً ، يجب ان نشير في ختام هذا التحليل الموجز ، للاستراتيجية المنهجية التي اتبعتها الدراسة ، ان عمليات الاعداد الاولية لها قد استغرق تقريبا عاما كاملاً ، قبل البدء في عمليات تطبيق استمارات البحث ، واجراء المقابلات الحرة مع عينة الدراسة ، وقد شمل ذلك مراحل تصميم الاستمارة وأختبارها المبدئي وتحكيمها ، وغير ذلك من خطوات منهجية أخري ، وخاصة عمليات أخذ الموافقات علي اجراء البحث وتطبيقة ، ومقابلة المسئولين في مختلف القطاعات والمؤسسات والمراكز والمستشفيات التي اجريت عليها الدراسة .

وعموما ، وبعد تحليل الاستراتيجية المنهجية للدراسة ، سوف نسعي فيما بعد بتحليل أهم المراحل التطورية لسياسات رعاية المعوقين بسلطنة عمان باعتبارها (مجتمع البحث) . مركزين علي أهم الملامح العامة لسياسات الرعاية الاجتماعية وكيفية ارتباطها بعمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية التي تشهدها السلطنة مع بداية نشأتها الحديثة منذ عام ١٩٧٠ . وبالطبع ، سوف تعكس هذه التحليلات ، أهم الجهود المبذولة في كل من القطاع الحكومي والأهلي أو الخيري التطوعي ، الذي يشهد في السنوات الأخيرة ، توسعات ملحوظة نسبياً عن المراحل السابقة ، نتيجة لزيادة الوعي الاجتماعي والصحي والثقافي نحو اسباب الاعاقة ومشكلة المعوقين .

- الهوامش والمراجع :

(١) ارجع الي المبحث الثاني .

(٢) انظر للمزيد من التفاصيل ، المبحث الأول .

(٣) ارجع علي سبيل المثال ، الي احصاءات مستشفي ابن سينا وغيرها من المستشفيات التخصصية الأخري وذلك في المبحث القادم .

(٤) انظر جدول رقم (أ) الخاص بسحب عينة الدراسة (بالملاحق) .

(٥) ارجع الي ملاحق الدراسة الخاصة باستمارة البحث للمعوقين .

(٦) انظر ، ملاحق الدراسة الخاصة باستمارة البحث للمسئولين .

المبحث الثامن

تطور الاهتمام بسياسات رعاية المعوقين في سلطنة عمان.

(مجتمع البحث) .

(١) المرحلة الأولي : ١٩٧٠ـ ١٩٨٠

(٢) المرحلة الثانية : ١٩٨٠ـ ١٩٩٠

(٣) المرحلة الثالثة : مابعد ١٩٩٠

تتبلور اهمية مشكلة المعوقين في سلطنه عمان ، ومدي توجية سياسات الرعاية الاجتماعية نحوها ، في اطار ثلاثة مستويات اساسية وهي : المستوي العالمي ، والعربي ، والخليجي : فلقد كان لجهود الاهتمامات الدولية والمنظمات العالمية لابراز مشكلة المعوقين علي المستوي العالمي ، اصداء واسعة النطاق خاصة بعد ان بلغت نسبة متوسط المعوقين عالميا بحوالي ١٠ ٪ من نسبة اجمالي السكان . كما ازدادت اهمية هذه الجهود في الكشف عن الحقوق الاساسية ، التي يجب ان يتمتع بها فئة المعوقين مثل غيرهم من الفئات السليمة الاخري . وبالفعل ، لقد حدث الكثير من أوجة التعاون العالمي والعربي والخليجي ، للتعرف علي حجم وابعاد مشكلة المعوقين ، خاصة وان العالم العربي يعتبر من مجتمعات دول العالم الثالث ، والتي ترتفع بها معدلات الاعاقة ، وتقدر بحوالي ١٣ ـ ١٥ ٪ من حجم الاجمالي للسكان .

وربما تزداد مشكلة المعوقين خطورة ، وخاصة المجتمعات العربية الخليجية ، وفيها بالطبع سلطنه عمان ، نظراً لارتباط هذه المشكلة بالابعاد التنموية والاستراتيجية معاً . فمازالت دول الخليج العربي تركز علي سياسات سكانية مشجعة ، تهدف لزيادة عدد السكان بصورة سريعة لسد متطلبات التنمية ، واحتياجاتها الاساسية من القوي العاملة الوطنية . ومن ثم ، فلقد كان الاهتمام بمشكلة المعوقين من واقع متطلبات التنمية ، وتحقيق الاهداف الاستراتيجية في نفس الوقت . وكما اشرنا قبل ذلك ، ان طبيعة الظروف والتركيب السكاني في مجتمعات الخليج تأخذ ابعاداً وخصائص مميزة ، عن الكثير من مجتمعات العالم الاخري ، خاصة وان طبيعة الهرم السكاني في هذه المجتمعات يشير الي ان ٤٠ ـ ٥٠ ٪ من حجم السكان ، يكون من نصيب الفئة العمرية (الاقل من ١٥ سنة) ، وهذا بالفعل ما اشارت اليه احدي التقارير الرسمية في سلطنه عمان ، حيث تقدر نسبة هذه الفئه ، ٤٠ ٪ من اجمالي حجم السكان في السلطنه [(١)] .

ومن هذا المنطلق ، جاءت الحاجة ضرورة لتوجية الاهتمام نحو سياسات وبرامج رعاية المعوقين في السلطنة ، خاصة بعد ان تزايدت اعداد المعوقين ، حيث تشير التقديرات المقترحة ، بوجود ١٥٠ ـ ٢٠٠ ألف معاق من مختلف الاعاقات ، اذا اعتبرنا ان عدد السكان الحالي للسلطنة (٥ر ١ ـ ٢ مليون نسمة) ، ونسبة الاعاقة ١٠ ٪ من مجموع حجم السكان ، تقديراً للاحصاءات العالمية للامم المتحدة وذلك في عام ١٩٨١ [٢] . وعلي اية حال ، سوف نهتم حاليا بتحليل اهم التطورات التاريخية لرعاية المعوقين بالسلطنة ، والتي يمكن تقسيمها الي ثلاث مراحل اساسية :-

المرحلة الاولي : ١٩٧٠ ـ ١٩٨٠

المرحلة الثانية : ١٩٨١ ـ ١٩٩٠

المرحلة الثالثة (الحالية) : ١٩٩٠ وما بعدها

ونظراً لاهمية كل مرحلة من هذه المراحل الثلاث ، سوف نحدد فيما يلي اهم الملامح العامة ، التي تميزت بها في مجال رعاية المعوقين .

(١) المرحلة الاولي ١٩٧٠ ـ ١٩٨٠ .

تجيء اهمية رعاية المعوقين والفئات الخاصة في سلطنة عمان خاصة مع بداية عصر النهضة الحديثة ، لتأسيس الدولة العصرية مع بداية السبعينات ، وبناء الجهاز الاداري والتنظيمي للدولة . حيث انشئت وزارة للشئون الاجتماعية والعمل في عام ١٩٧٢ ، وتركزت اهتماماتها للرعاية الاجتماعية المختلفة ، وتحقيق للتكافل الاجتماعي ، وانشاء المشروعات الاجتماعية ، والنهوض بالمجتمعات المحلية ، ورعاية الطفولة والامومة .

وتركزت معظم الانشطة الخاصة في مجال رعاية المعوقين وذلك تنفيذاً للمرسوم السلطاني رقم ٣٤ / ١٩٧٣ ، والاهتمام بالفئات الخاصة ، مثل رعاية

مرضي الجزام ، والتخفيف من الاثار النفسية والاجتماعية للمعانين بهذا المرض .
وتمثل هذا الاهتمام ، في انشاء دارين للايواء ، احداهما في سمائل لخدمة مرضي المناطق الداخلية ، والثانية في الرستاق لرعاية مرضي مناطق الباطنة ، هذا بالاضافة الي دار أخري في نزوي ، ولقد بلغ عدد المرضي تقريبا (٦٤) مريضا ، وذلك حسب تقديرات عام ١٩٧٧ . كما بلغ جملة نفقات مساعدات الاعاشة التي تصرف شهريا ١٢٣٥ ريال عماني . علاوة علي ذلك ، شملت سياسات الرعاية الاجتماعية (مجال رعاية العجزة) ، وذلك ضمن مظلة الضمان الاجتماعي ، حيث بلغ عدد الذين شملتهم هذا النوع من الرعاية (١١٥٨) حالة لنفس الفترة [٣] .

وفي خلال هذه المرحلة ، تم انشاء فصل دراسي واحد لتعليم المعوقين (الصم) وذلك في عام ١٩٧٤ ، والذي تحول بعد ذلك الي مدرسة للصم والبكم عام ١٩٨٧ . كما كانت تصرف تكاليف الاجهزة والاطراف الصناعية ، وقد بلغت (١١٨١) ريال عماني . وذلك بالتنسيق بين وزارتي الصحة والشئون الاجتماعية . هذا بالاضافة ، الي صدور مجموعة من التشريعات القانونية بشأن تشغيل المعوقين بنسبة ٢ ٪ ، خاصة في المشروعات التي يزيد عدد عمالها عن ٥٠ عاملاً ، والعمل علي اتخاذ التدابير اللازمة في العمل مثل التأمينات ، ضد العجز والمرض ، الذي ينجم عن اخطار المهنة .

(٢) المرحلة الثاني : ١٩٨٠ ـ ١٩٩٠

وتمثل هذه المرحلة حجر الزاوية والاهتمام الفعلي برعاية المعوقين والتي جاءت مواكبة للاهتمامات العالمية ، والنشاط الاقليمي الملحوظ ، الذي بدأ مع بداية ١٩٨١ ، واعتباره عاما دوليا للمعوقين . وقد بلغ عدد المعوقين ، الذين تم تسجيلهم رسميا مع بداية هذه المرحلة ، بحوالي (٣٠٣٤) معاقاً منهم (١٨٧١) ذكور ، و (١١٦٣) اناث ، في عام ١٩٨١ ، كما تم تشكيل لجنة وطنية لرعاية المعوقين ، وذلك بالتعاون والتنسيق بين عدد من الوزارات والهيئات الحكومية المختلفة مثل الصحة ،

والتربية ، والشئون والعمل ، والخدمة المدنية وغيرها .

ويمكن تصنيف أوجة النشاط في مجال رعاية المعوقين خلال تلك المرحلة كما يلي :-

(١) الرعاية الخاصة :

ففي عام ١٩٨٠ أنشئت دائرة للرعاية الخاصة التابعة ، لوزارة الشئون الاجتماعية والعمل ، والتي تهتم برعاية فئات مرضي الجزام ، والمعوقين .

(أ) **رعاية مرضي الجزام** : تركزت انماط الرعاية علي المرضي واسرهم في دور الرعاية الثلاث التي توجد في نزوي ، وسمائل ، والرستاق ، وتوفير كافة انماط الرعاية الاجتماعية والصحية اللازمة . علاوة علي ذلك ، ثم تقديم مساعدات مالية واجتماعية لاسر المرضي ، مع تقديم انماط عديدة من الارشاد والتوعية والعلاج ، وتوفير الاسر البديلة لرعاية المعوقين ، وذلك تحت اشراف وزارة الشئون الاجتماعية .

وقد بلغت في عام ١٩٨٨ ، جملة عدد مرضي الجزام (١٣٩) حالة خارج دور الايواء ، كما بلغت نفقات اعاقاتهم ٧٥٣٣٠ ريال ، بلغ متوسط عدد المرضي داخل دور سمائل والرستاق (٢٨) حالة ، وجملة نفاقاتهم ١١٦١٤ ريال ، وعدد الاسر البديلة (٤٤) اسرة ، ونفقاتها ٩٦٣٠ ريال عماني [٤] .

(ب) **مركز رعاية المعوقين** : في عام ١٩٨٧ ، تم افتتاح مركز الخوض لرعاية المعوقين لتحقيق الاهداف التالية . [٥]

- توفير الخدمات لرعاية المعوقين بالسلطنه .
- تدريب فئات المعوقين واستكمال قدراتهم .
- تخفيف أثر الاعاقه علي المعاق واسرته وتحقيق فرص أفضل للحياة .

- اعداد وتدريب الكوادر المعاقة للعمل في المؤسسات الرسمية .

- توعية المجتمع بحقوق المعوقين ، في العمل والحياة الاجتماعية والمهنية.

- تقييم القدرات ونوعية الاعاقه ، وتوجية المعوقين مهنيا .

وتتركز أعمال المركز حول الاعاقات السمعية ، والاعاقات الحركية خاصة بالاطراف السفلي ، وذلك للمعاقين ما بين ١٦ ـ ٢٥ عاماً . وتتمثل الخدمات التي يقدمها المركز في عدد من المجالات وهي مجالات :

(أ) التدريب المهني ، مثل الطباعه ، والنجارة ، وورشة التربية الاسرية للفتيات ، والخياطة .

(ب) المجال التعليمي ، حيث تتركز العملية التعليمية علي تدريب وتعليم المعوقين سمعيا وبصريا واعطائهم المقررات الدراسية الاساسية والثقافية التي تنمي مهاراتهم المهنية .

- خدمات الرعاية الاجتماعية ، وتتلخص هذه الخدمات في النقل ، والاقامة الداخلية لابناء المناطق النائية ، والبرامج الرياضية والترفيه ، وتوفير الاجهزة التعويضية والاعانات الشهرية .

- الخدمات النفسية : يهتم المركز بتقديم الخدمات النفسيه التي تسهم في عمليات التأهيل المهني والاجتماعي .

- الخدمات الطبية ، وتشمل تقديم كافة الخدمات الصحية اللازمة بالتعاون مع وزارة الصحة .

ويستقبل المركز حوالي (٦٠) حالة اعاقة سنويا ، وان كانت قد تزايدت طلبات الالتحاق بأكثر من (ثلاثة ـ أربعة) اضعاف قوته الحالية ، وقد بلغ اجمالي

الدفعات الثلاث التي تم تخريجهم حتي عام ٩٠ / ١٩٩١ ، (٩٠) خريجاً ، تم توزيع معظمهم علي مؤسسات العمل الحكومية والخاصة . ويبلغ عدد العاملين من كافة التخصصات بالمركز حاليا (٣٤) عاملاً .

(جـ) مركز بدبد للمعوقين . بدأ انشاء هذا المركز في أواخر عام ١٩٨٨ ، وذلك عن طريق الجهود الاهلية التطوعية ، ويعد أول ثمار العمل الاجتماعي الخيري ، الذي ظهر في مجال رعاية المعوقين في السنوات الاخيرة . ويقبل المركز الأطفال المعاقين من الجنسين ، من سن عامين حتي ١٤ عاماً ، ويشمل رعاية الاعاقات العقلية والشخصية (صم وبكم) والاعاقات الحركية أو متعددي الاعاقات .

كما تتضمن أهداف المركز ، توفير الرعاية النفسية والطبية والاجتماعية والترويحية والتأهيلية للمعاقين واسرهم ، ويشرف علي ادارة المركز مجموعة من المتطوعين الاهالي بالتعاون مع وزارة الشئون الاجتماعية وبعض الهيئات والمنظمات الدولية ، التي تسهم احيانا في تقديم الخبراء والمتخصصين في مجال رعاية المعوقين .

كما يسهم المركز ، في تأهيل امهات المعوقين علي الخدمات المنزلية والاجتماعية ، وبعض الحرف البسيطة ، مما يساعد ذلك في التخفيف النفسي والاجتماعي علي اسر المعوقين ، وتنمية الوعي الصحي والوقاية من الأمراض والحوادث والاصابات ، وتعميق الوعي الاجتماعي بين الأهالي والمؤسسات الخيرية الاجتماعية . وقد بدأ المركز باستقبال حالات قليلة من المعاقين ، ووصل العدد الحالي عام ١٩٩٢ الي (٤٢) حالة ، من مختلف انواع الحالات . كما بلغ متوسط عدد العاملين المتطوعين حاليا (١٤) عاملة (متطوعة) .

(٢) مجال التربية الخاصة :

وتنقسم مجالات التربية الخاصة التي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم .

والشباب ، الي مدرستين في مجال رعاية المعوقين هما (٦) .

(١) مدرسة الأمل ، ولقد انشئت هذه المدرسة مع بداية العام الدراسي (٨٠ / ١٩٨١) ، وتستقبل الطلاب الذين في سن التعليم الاساسي العام أو المحولين من المدارس الأخري ، وتهتم هذه المدرسة برعاية المعاقين من (الصم والبكم) ، سواء كانت الإعاقات جزئية أم كلية ، وتقنين المناهج الدراسية والتعليمية بالنسبة للتعليم العام ، كما تشمل علي عدة أقسام مهنية وتأهيلية ، وهي مجالات النجارة ، والطباعة والآلة الكاتبة ، والتربية الزراعية والاسرية .

وقد تخرجت أولي دفعات هذه المدرسة مع نهاية العام الدراسي ٨٥ / ١٩٨٦ ، وبلغ عدد الطلبة والطالبات (٦) ، اتموا المرحلة الاعدادية المهنية ويتم توزيعهم في مدارس المعوقين (نفس المدرسة والمدرسة الفكرية) ، وبعض المؤسسات الحكومية . ولقد بلغ عدد الطلاب الذين التحقوا بالمدرسة وذلك عام ٨٠ / ١٩٨١ (٢٠) طالبا منهم (٩) ذكور ، (١١) أناث ، وقد ارتفع هذا العدد في عام ٨٨ / ٨٩ الي (١٩٣) طالبا منهم (١٣٦) ذكور، و(٥٧) إناث. وقد بلغ عدد العاملين (٣٧) منهم (٣٤) مدرسة ومدرس متخصص (أثناء اعداد الدراسة الميدانية عام ١٩٩٢) .

(٢) مدرسة التربية الفكرية : تم انشاء هذه المدرسة عام ٨٤ / ١٩٨٥ ، وذلك بافتتاح فصلين يضما (٢٠) طالبا وطالبة من المؤهلين للتعليم ، وتتراوح نسبة ذكائهم ٥٠ ـ ٧٠ معامل للذكاء . وتهتم هذه المدرسة بالاعاقات العقلية وتهدف الي ، تدعيم الصحة النفسية أو الثقة بالنفس والاعتماد علي الذات ، وتنمية الخبرات والمهارات والقدرات للمتخلفين عقليا ، وتحديث العادات والاتجاهات الاجتماعية ، وغرس القيم الدينية والسلوكية السليمة ، والعمل علي تكيف الطلاب المعاقين مع اسرهم وبيئتهم المحلية .

وتستقبل هذه المدرسة الطلاب من سن ٦ ـ ٨ سنوات ، وأقصي سن لبقاء الطالب فيها ، حتي سن ٢٠ عاماً ، ويتركز نظام المدرسة بها باعتبار العامين الأول والثاني (للتهيئة) وتنمية القدرات الجسمية والعقلية . اما مرحلة الاعداد المهني بها فهي تشمل ثلاث سنوات ، يتم فيها تأهيل المعوقين مهنيا علي اساس مهاراتهم العقلية .

ولقد بلغ عدد الطلاب المعاقين عقليا عند افتتاح المدرسة عام ٨٤ / ٨٥ (٢٠ طالبا) منهم (١٣) ذكور ، (٧) أناث ، ووصل عدد الطلاب في عام ٨٩ / ١٩٩٠، (١٠١) طالبا ، منهم (٩٥) ذكور ، (٣٦) اناث . وعدد العاملين (١٨) عاملة متخصصة في الاعاقات الفكرية ، بالاضافة الي أخصائية اجتماعية واحدة .

وتشمل أنواع الرعاية والخدمات التي تقدمها المدرسة ، الخدمات التعليمية ، والنفسية ، والاجتماعية ، والتربوية ، والعلاجية لاضطرابات النطق والكلام . (٦)

(٣) البعثات : تعتبر البعثات احدي المجالات الرئيسية لرعاية المعوقين وخاصة قبل انشاء مدرستي الأمل والتربية الفكرية بالسلطنة . وتشرف علي عمليات ابتعاث المعوقين من تلاميذ وزارة التربية والتعليم وكان ذلك مع بداية عام ٨٠ / ٨١ . حيث بلغ عدد المبعوثين (٣١) معاقا ابتعثوا الي كل من السعودية والكويت . ولقد بلغ اجمالي المبعوثين ما بين عام ٨٠ / ٨١ ـ ١٩٨٩ من فئة الصم (٢٨٧) معاقا ، وتم ابتعاثهم الي كل من السعودية والكويت والشارقة . وعدد الطلاب (المكفوفين) (٣٩٦) معاقا ابتعثوا الي دولة البحرين ، والمعاقين حركيا (٥٦) الي الكويت علاوة علي ذلك ، تم ابتعاث (١٤٠) من التلاميذ المعاقين عقليا ، الي جمهورية مصر العربية ، وذلك خلال نفس الفترة ١٩٨٩/٨٠. بعد ذلك تم إنهاء عملية البعثات الي الدول العربية واستيعاب المعاقين في المدارس الرسمية (الأمل ـ والفكرية) .

(٤) **مستشفي الأمراض العقلية (ابن سينا)** ، تم انشاء هذه المستشفي في منطقة العامرات قرب مدينة مسقط ، لاستقبال حالات المرضي أو المعوقين عقليا ، خاصة بعد ان تزايدت اعدادهم نتيجة لزيادة حجم السكان ، وطبيعة الظروف العصرية الحديثة التي افرزت الكثير من المشكلات الاجتماعية المختلفة ، وتسعي السلطنة بتقديم التدابير اللازمة ومنها مجال رعاية المعوقين عقليا ونفسيا .

وطبقا للاحصاءات العامة للمستشفي خلال الفترة ما بين ٨٦ ـ ٩١ ، فلقد بلغ عدد المرضي المترديين علي المستشفي في عام ١٩٨٦ ، (١٠٠ ١٩) مريض وذلك بمتوسط شهري (١٠٩١) مريض ، منهم (٦٤٣) مريض استدعيت حالتهم الاقامة في المستشفي بسبب الاعاقة العقلية والنفسية ، وذلك بمتوسط شهري بلغ (٥٦) حالة . ولكن ارتفعت هذه النسبة في عام (١٩٩١) ـ وقت اجراء الدراسة الميدانية ـ ، حيث بلغ عدد المترديين (٣٠٠ ٢٨) حالة ، بمتوسط شهري (٢٣١٠) حالة ، ولكن بلغ عدد المقيمين بالمستشفي خلال نفس المدة (٣٤٦) حالة ، وبمتوسط شهري (٢٩) حالة [٧] . وبالرغم من قلة الحالات المقيمة في المستشفي بالمقارنة بالفترة السابقة الاّ ان العدد الاجمالي تزايد بمقدار ٥ر ٦٧ ٪ ، مما يشير الي حجم الحالات العلاجية ، التي تقوم هذه المستشفي بعلاجها يوميا ، كما يكشف عن الكثير من المتغيرات المرضية نتيجة لتنوع اسباب الامراض النفسية والعقلية للظروف الاجتماعية والاسرية والبيئية معاً .

(٥) **قطاع المستشفيات العلاجية والتخصصية** [٨] ، شهدت السلطنة نشاطاً مميزاً ، في قطاع الصحة مثل غيره من قطاع الخدمات الأخري خلال الثمانينات ، حيث لم يكن موجودا إلا (٣) مستشفيات صغيرة في عام ١٩٧١ ، ووصل العدد الاجمالي للمستشفيات طبقا لاحصاءات ١٩٨٩ ، (٤٧) مستشفي موزعة علي (٤٢) مستشفي عام أو مركزي ، و (٤) مستشفيات رئيسية ،

ومستشفي آخر تخصصي . كما بلغت عدد المراكز الصحية (٨٨) مركزاً صحياً ، و (٣) مراكز للولادة . هذا بالاضافة الي وجود نظام العلاج بالخارج والذي بلغ خلال عام ١٩٨٩ ، (٤٣٦) مريضا . وهذا يعكس بالطبع ، مظاهر التقدم الطبي والعلاجي بالسلطنة ، وتوجد بعض المستشفيات العلاجية التي تهتم بعلاج ورعاية المعوقين ، مثل المستشفي السلطاني ، ومستشفي خولة ، ومستشفي النهضة (ولقد اجريت الدراسة الميدانية علي هذه المستشفيات الثلاث نظراً لاهميتها ضمن المؤسسات العلاجية للمعوقين) .

٣) المرحلة الثالثة مابعد ١٩٩٠ :

تتميز هذه المرحلة بالرغم من مرور عامين فقط منها ، ببعض التطورات الايجابية في مجال رعاية المعوقين ، وخاصة لما لاحظة الباحث خلال معايشته لمجتمع الدراسة ، ومن اهم هذه التطورات بإيجاز :-

(١) تزايد الاهتمام بصورة أكثر مع بداية التسعينات في مجال رعاية المعوقين ، وتوجيه السياسات الحكومية نحو رعاية هذه الفئة ، وشمل ذلك في قطاع الشئون الاجتماعية والعمل ، حيث توسعت اهتمامات دائرة الرعاية الخاصة ، وانشطة المديرية العامة للمرأة والطفل لرعاية المعوقين ، وزيادة خطة التأمينات والضمان الاجتماعي ورفع معاش اسر المعوقين .

(٢) في مجال مراكز رعاية المعوقين : يجري الأن التوسع في مركز الخوض ، لاستيعاب عدد أكبر من المعوقين ، نظراً لزيادة الطلب وعدم تحقيق الرغبات المتقدمة . وزيادة انماط الخدمات المهنية والتأهيلية ، وخاصة بعد ادخال الحاسب الآلي لتعليم وتدريب المعوقين

، مما يسهم ذلك في الحصول علي فرص للعمل والتشغيل . علاوة علي ذلك ، يتم انشاء بعض الورش المهنية والمحمية لضمان فرص أفضل للعمل وتشغيل المعوقين الخريجين من المركز ، نظراً لوجود بعض المشاكل المتعلقة بالتشغيل والمتابعة . وسوف نشير اليها حسب نتائج الدراسة الميدانية .

(٣) تم انشاء مركز للمعوقين في صلالة بالمنطقة الجنوبية لتوسيع نظام خدمات رعاية المعوقين الي هذه المنطقة ، وايضاً تم افتتاح مركز آخر في (نزوي) لرعاية المنطقة الداخلية . علاوة علي ذلك ، يجري الاعداد والتخطيط لأنشاء مركز آخر للمعوقين في منطقة البريمي .

(٤) كشف السنوات الأخيرة عن اهتمام ملحوظ في مجال الخدمات التطوعية للمعوقين ، حيث تم توسيع خدمات مركز (بدبد) الأهلي (٩) ، وأيضاً نشاط جمعية المرأة العمانية بمسقط حيث ازدادت خلال العامين الماضين نشاط تلك الجمعية ، وتم استيعاب أكثر من (٤٠) طفلاً معاقاً (١٠) يتم رعايتهم بالجهود الخيرية التطوعية ، ويعكس هذا ، الكثير من تغير في الاتجاهات والقيم الاجتماعية والثقافية والحضارية تجاه فئة المعاقين واسرهم ، وزيادة الوعي الاجتماعي والصحي.

(٥) تم حديثا انشاء لجنة وطنية عليا للمعوقين بالسلطنة ، لتسهم في زيادة سبل التعاون بين المؤسسات والوزارات الحكومية والقطاع الأهلي التطوعي ، وايضا استقطاب مساهمات المنظمات الدولية العالمية وخاصة اليونسكو واليونسيف وغيرها .

(٦) من الملاحظ ايضا ، ان وسائل الاعلام ، ازداد نشاطها مؤخراً ، في مجال التوعية العلاجية والثقافية والاجتماعية نحو فئة المعوقين ، مما

يساعد علي تغيير انماط الكثير من القيم والسلوكيات ، والحد من اسباب الاعاقة والوقاية منها بقدر الامكان .

(٧) ازدادت انشطة المؤسسات العلاجية التقليدية في مجال المعوقين والتي بدأت انشطتها منذ بداية الثمانيات ، التي تمثلت في انشطة مدارس التربية الخاصة ، والمستشفيات التخصصية ، وأقسام الحوادث والطوارئ . خاصة ، بعد ان كشفت التقارير الرسمية ، زيادة حوادث الطرق والمرور بمعدلات عالية في العامين الماضيين ، وهذا ما سوف نوضحة في اطار نتائج الدراسة الميدانية .

تلك أهم التطورات التي حدثت في مجال رعاية المعوقين في سلطنة عمان خلال العقدين الماضيين ، ولقد سعينا لتصنيفها الي ثلاث مراحل اساسية من اجل الدراسة والتحليل ، والاشارة لأهم التطورات التي تتضمنتها كل مرحلة علي حده . ومن ثم ، فلقد كشفت تلك التطورات ، عن الكثير من الملامح الايجابية في مجال رعاية المعوقين ، وخاصة ان تلك الفئة لم تنل أدني نواح الاهتمام قبل عام ١٩٧١ ، وجاءت تلك الاهتمامات في اطار طبيعة السياسة الاجتماعية لرعاية الفئات الخاصة ومنها المعوقين ، وتبرهن علي نوعيه الخدمات الفعلية العلاجية الصحية والتأهيلية النفسية والاجتماعية . ونأمل في المزيد منها ، خاصة وان هناك مؤشرات لزيادة الحاجة للكثير من مؤسسات رعاية وتأهيل المعوقين الحالية ، نتيجة لتزايد معدلات الاعاقة والمعاقين ، ونمو حجم السكان المطرد ، علاوة علي ذلك ، ضرورة تحسين الكثير من انماط الخدمات الموجودة في مؤسسات المعوقين العقلية وذلك في ضوء ما سوف توضحة نتائج الدراسة الحالية .

- الهوامش والمراجع :

(١) بلغت هذه النسبة في سلطنه عمان عام ١٩٧٥ ، ولكن اننا نري ان هذه النسبة قد تزيد عن ذلك وتصل الي ٤٥ ٪ ، خاصة وان السلطنة بها أكبر معدلات عالمية للنمو السكاني وصل الي ٣ر ٢ سنويا - ارجع الي - وزارة الشئون الاجتماعية والعمل ، التقرير السنوي ٧٦ / ١٩٧٧ سلطنه عمان ، ص ٤٤ .

(٢) لا توجد تقديرات رسمية عامة لعدد السكان حتي الأن في السلطنة ، ولكن افترضنا هذا علي ضوء بعض التقديرات العامة التي طرحت في عام ١٩٨١ وذلك من قبل بعض الجهات الرسمية الأقليمية ، التي قدرت عدد سكان السلطنة (حوالي ٢ر ١ مليون نسمة) للمزيد من التفاصيل . ارجع الي ، المبحث الثاني .

(٣) انظر المرجع الأول ، ص ٤٤ - ٤٦ .

(٤) وزارة الشئون الاجتماعية والعمل ، الكتاب السنوي ١٩٨٨ ، ص ٤٠ .

(٥) وزارة الشئون الاجتماعية والعمل ، دليل مركز المعوقين بالخوض ، ١٩٩٠. - بالاضافة الي ، مقابلات الباحث مع المسئولين بالمركز ، حيث يعتبر أحد مؤسسات المعوقين التي اجريت عليها الدراسة الميدانية في أكتوبر / ١٩٩١.

(٦) وزارة التربية والتعليم والشباب ، دليل مدرسة التربية الفكرية ، ومدرسة الأمل ، قسم التربية الخاصة - مسقط ١٩٩٠ .

(٧) تم تجميع هذه الاحصاءات عن طريق مقابلة الباحث مع المسئولين أثناء اجراء الدراسة الميدانية وذلك في شهري يناير / فبراير ١٩٩٢.

(٨) جريدة الوطن العمانية ، عدد خاص بمناسبة العيد العشرين للسلطنة ، العدد

١٨ نوفمبر ١٩٩٠ .

(٩) مقابلة الباحث مع المسئولين بمركز بدبد للمعوقين في يناير ١٩٩٢ .

(١٠) مقابلة الباحث مع المسئولين . جمعية المرأة العمانية ، والمديرية العامة للمرأة والطفل في ديسمبر ١٩٩١ .

المبحث التاسع : عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية

(١) خصائص عينة البحث .

(أ) خصائص التركيب النوعي والعمري .

(ب) طبيعة الموطن الأصلي .

(جـ) خصائص الحالة الأجتماعية والتعليمية والمهنية .

(٢) اسباب حدوث الأعاقة وعلاقتها بالبيئة الاجتماعية والسلوكية للمعوقين

(٣) الوعي الاجتماعي بالاعاقة واجراءات الوقاية منها .

(٤) تقييم عمليات التأهيل ومؤسسات رعاية المعوقين .

(أ) تقييم طبيعة الأداء الوظيفي والمهني للعاملين .

(ب) تقييم نوعية خدمات الرعاية .

(٥) مشكلات ومعوقات عمليات التأهيل والعمل بمؤسسات المعوقين

(٦) وسائل التخطيط وتطوير خدمات ومؤسسات المعوقين .

(١) خصائص عينه البحث :

ركزت الدراسة منذ البداية ، علي ضرورة تنويع عينه البحث ، حتي يسهم ذلك في عملية جمع البيانات ، والحصول علي الحقائق الواقعية التي تتعلق بمشكلة المعوقين ورعايتهم . وانطلاقاً من اهداف الدراسة وفروضها وتساؤلاتها الأساسية ، حرص الباحث عل أخذ اراء المعوقين أو أولياء أمورهم ، للتعرف علي وجهات نظرهم حول برامج وسياسات الرعاية المختلفة التي يتلقونها في المؤسسات . وتجيء أهمية هذه الاراء والاستفادة منها في عمليات تقييم كل من الخدمات والسياسات ، التي كرست من أجل رعاية المعوقين . ويعكس ذلك أحد الاهداف الرئيسية للدراسة الحالية ، والعمل علي تطوير وتحديث أساليب العلاج والتأهيل في المرحلة الراهنة والمستقبلية ، ورفع مستويات الكفاءة والفاعلية للعاملين في مجالات رعاية المعوقين .

وعلي أية حال ، فلقد شملت الدراسة علي عينتين اساسيتين هما (١) عينة المعوقين (٢) عينة العاملين والمسئولين ، ويمكن توضيح خصائصهما العامة كما يلي:

أولاً : بالنسبة لعينة المعوقين ، اشتملت هذه العينة علي (٢٥٠) حالة ، موزعة علي ثلاث قطاعات ، تمثل المدارس ، والمراكز والمستشفيات التي تقوم بالفعل بتقديم خدماتها للمعوقين . ولقد حرصت الدراسة علي ضرورة تمثيل تلك القطاعات الثلاث ، في عملية أختيار العينة كما أشرنا الي ذلك سابقا – حتي يتسني لنا التعرف علي واقع الخدمات والمشاكل والمقترحات التي توجد في هذه المراكز والمؤسسات .

وقبل أن نشير الي تمثيل هذه العينة علي مستوي القطاعات الثلاث ، نود ان نوضح بعض الحقائق الهامة حول طبيعة هذه العينة ككل (انظر جدول

رقم (أ) الخاص بعينة الدراسة) :

(أ) عينة المعوقين ككل : بلغت عينة البحث (٢٥٠) من اجمالي (٦٥٧) حالة التي تقدم لها الرعاية أو العلاج أو التأهيل لفترة طويلة . حقيقة ، أن هناك حالات معاقة تتردد علي المستشفيات بصفة خاصة ، الاّ ان الدراسة حرصت علي معرفة ارائهم في اطار مقابلاتها المفتوحة . ولقد بلغت نسبة العينة الكلية ٣٨ ٪ من اجمالي حالات المعوقين الموجودة ، أثناء عملية الدراسة الميدانية . ولقد جاءت هذه العينة كبيرة ، لتسهم في الحصول علي البيانات ، والتعرف علي وجهات نظر المعوقين ، باعتبارهم الفئة الاجتماعية المستفادة من خدمات هذه المؤسسات .

(ب) العينة علي مستوي القطاعات الثلاثة : حرصت الدراسة علي ضرورة تمثيل عينة البحث من المعوقين كافة التخصصات التعليمية والتأهيلية والعلاجية التي يوجد بها المرض من المعوقين أو من التلاميذ في القطاع التعليمي .

- قطاع المدارس : ركزت الدراسة علي اجراء الجانب الميداني في القطاع التعليم في مدرستي الأمل (للصم والبكم) ، والمدرسة الفكرية التي تقوم بتعليم حالات التخلف العقلي . وهما المدرستان الوحيدتان اللتان تهتميان برعاية المعوقين وهذه الاعاقات بالسلطنة . ولقد بلغت عينة البحث من المعوقين ٤٩ حالة ، من (٢٥٤) حالة وبنسبة (٥ر ٢٣ ٪) وهي نسبة كبيرة من التلاميذ المعوقين . وكما وضحنا سابقاً ، ان الدراسة حرصت علي ضرورة التركيز علي طلاب الفصول النهائية ، للحصول علي أكبر قدر من المعلومات والحقائق ، مع الأخذ في الإعتبار ، بأهمية طول فترة الرعاية التي يحصل عليها التلاميذ . وعموماً ، بلغت نسبة عينة الدراسة من التلاميذ ٦ر ٣٣ ٪ من اجمالي حجم العينة الكلي .

- قطاع المراكز : وقد اجريت الدراسة علي أربعة مراكز متخصصة لرعاية المعوقين وهي مراكز ، بديد ، والخوض ، وصلالة ، وجمعية المرأة العمانية ، وتم اجراء الدراسة علي (٥٣ حالة) من اجمالي (١١٢) حالة وبنسبة ٤٧٫٢ ٪ ، وهي تشكل تقريباً نصف حالات الاعاقة الموجودة بالفعل في هذه المراكز . ويعتبر مركز بديد والخوض هو المركز الرسمي لرعاية وتأهيل المعوقين ، أما بقية المركز الثلاث الأخري ، فهي تتبع للجمعيات الأهلية الخيرية ، ولقد حرصت الدراسة علي ضرورة تمثيل عينات البحث من القطاعين الرسمي والأهلي ، للتعرف علي تباين خدمات وأنماط الرعاية ومشكلاتها . وعلي أية حال ، بلغ نسبة أفراد العينة من هذه المراكز (٢ر ٢١ ٪) من اجمالي حجم العينة ، وتشكل ذلك نسبة كبيرة ، تساعد علي كشف المزيد من واقع خدمات الرعاية في هذه المراكز .

- قطاع المستشفيات : أهتمت الدراسة بهذا القطاع لأهميته في عمليات رعاية وعلاج المعوقين ، وغطت الدراسة أربع مستشفيات هي السلطاني ، والنهضة ، وخوله ، وابن سينا (للامراض العقلية والنفسية) . وتعتبر المستشفي الأخيرة المتخصصة في رعاية المعوقين من هذه الاعاقات ، أما المستشفيات الثلاث الأولي فهي عامة وتخصصية بها أقسام لعلاج ورعاية بعض الاعاقات المختلفة . ولقد اجريت الدراسة علي (١١٣) حالة من (١٩٥) حالة كانت موجودة بالفعل وقت اجراء الدراسة الميدانية ، ولقد بلغت نسبة حالات الدراسة ٩ر ٥٧ ٪ من اجمالي حجم الحالات الموجودة . كما جاءت نسبة هذه الحالات لتشكل ٢ر ٤٥ ٪ من اجمالي حجم عينة البحث من المعوقين . وهي نسبة كبيرة من حجم عينة الدراسة ، وكشفت عن المزيد من المعلومات اللازمة التي تخدم أغراض الدراسة وأهدافها الأساسية . علاوة علي ذلك ، حرصت الدراسة علي ضرورة عقد مقابلات حرة مع المرضي من غير المقيمين ، أو في

العيادات الخارجية Out Patients ، حول عمليات الرعاية والعلاج التي تقدم لهم في هذه المستشفيات . ولقد كشفت نتائج هذه المقابلات عن الكثير من البيانات والتحليلات اللازمة ، التي كرست الدراسة منذ البداية للتعرف عليها ، خاصة وان هناك قطاع كبير من المرضي يتردد علي هذه المستشفيات ، ولا سيما مستشفي ابن سينا للأمراض النفسية والعقلية كما اشرنا الي ذلك من قبل .

وهكذا ، اتسمت خصائص عينة البحث من المعوقين بعملية تنوع مميزه ، لتمثيلها كافة المدارس والمراكز والمستشفيات ، والتي تقوم بتقديم خدماتها للمعوقين . وفي نفس الوقت ، جاء هذا التمثيل ليشمل أيضا كافة أنواع الاعاقات الموجودة ، مثل الصم والبكم والتخلف العقلي والنفسي ، والاعاقات الحسية والحركية الأخري . علاوة علي ذلك ، حرصت الدراسة علي ضرورة التعرف علي قطاعات خدمات المعوقين الرسمية والأهلية أو الخيرية للكشف عن المزيد من الحقائق الواقعية الامبيريقية ، حول برامج وسياسات رعاية المعوقين بالسلطنة .

ثانيا : عينة البحث من العاملين والمسئولين : ركزت الدراسة علي ضرورة اجراء الجانب الميداني لها ، ليشمل آراء وجهات نظر العاملين بمؤسسات رعاية المعوقين بالسلطنة . ومنذ البداية ، حرص الباحث علي أهمية تطبيق (استمارة البحث) واجراء المقابلات الحرة المفتوحة مع أفراد هذه العينة ، حتي يمكن ان يسهم ذلك في آثراء البيانا ت وجمعها ، لتحقيق اهداف الدراسة واختبار فروضها .

وتعتبر عملية اختيار العينة من العاملين والمسئولين ذات ابعاد بحثية هامة، خاصة وان هذه العينة تشمل علي قطاع كبير من التخصصات العلاجية والطبية والتأهيلية والتعليمية معاً علاوة علي ذلك ، حرصت الدراسة

علي ضرورة تمثيل العينة من نفس المؤسسات ، التي تم فيها مقابلة واختيار عينة الدراسة من المعوقين حتي يمكن للباحث عقد المقارنات بين اراء ووجهات نظر كلا من العينتين .

وفي حقيقة الأمر ، لقد وضحنا قبل ذلك عملية اختيار وسحب العينة الخاصة بالعاملين والمسئولين [1] ، ولقد بلغت نسبة العاملين الذين اجريت عليهم الدراسة ٧ر ٣٨ ٪ ، من اجمالي عدد العاملين بمؤسسات رعاية المعوقين . وتعتبر هذه النسبة كبيرة حيث شملت (١٥٠) حالة من اجمالي (٣٨٧) حالة من العاملين ، كما حرصت الدراسة ، علي ضرورة تمثيل كافة القطاعات التعليمية ، والتأهيلية ، والعلاجية (المستشفيات) في عينة الدراسة ، ولقد جاءت نسب هذه القطاعات في عينة البحث من العاملين بنسب (٣٠ ٪ ، ٣٣ر ٣٩ ، ٦٧ر ٣٠ ٪ علي التوالي) .

وعموماً ، يتضح لنا مما سبق بعض الملاحظات الهامة ، عن خصائص عينة البحث سواء بالنسبة للمعوقين أو العاملين والمسئولين وهي :

أولا : تم تمثيل كافة قطاعات رعاية المعوقين ، التي توجد بالسلطنة وهي القطاعات التعليمية ، والتأهيلية ، والعلاجية .

ثانيا : شملت مؤسسات الدراسة ، كافة التخصصات التي تقوم برعاية المعوقين ، حسب نوعية مهنهم وخدماتهم بصفة عامة .

ثالثا : غطت الدراسة كافة أنواع الاعاقات الموجودة بالسلطنة ، والتي تقدم كلها أنماط الرعاية المختلفة .

رابعا : أهتمت الدراسة ، بضرورة تمثيل عينة البحث ، لتشمل المؤسسات الرسمية الحكومية والأهلية الخيرية ، للتعرف علي طبيعة انماط الرعاية والخدمات بكل منها .

خامسا : ركزت الدراسة علي تغطية جميع مؤسسات رعاية المعوقين الموجودة بالفعل في السلطنة واجراء الدراسة عليها .

علي ايه حال ، لقد أهتمت الدراسة بأهمية تنوع العينة سواء للمعوقين أو العاملين ، أو حسب نوعية القطاعات المختلفة ، التي تقوم بتقديم خدمتها للمعاقين وسوف نشير فيما يلي الي أهم الخصائص الأساسية لمفردات العينة كما يلي :-

(أ) خصائص التركيب النوعي والعمري:

أولا : عينة المعوقين :

يكشف طبيعة التركيب النوعي ، لعينة البحث من المعوقين ان نسبة الذكور ، منهم بلغت ٦٢ ٪ ، أما الأناث فهي ٣٨ ٪ ، كما يشير الي ذلك (جدول رقم (١) للمعوقين) . وان كانت طبيعة هذه النسبة لا تمثل دلالات جوهرية لطبيعة البحث ، أو مقدار تفوق نسبة المعاقين من الذكور علي الأناث ، خاصة لتعذر وجود أي بيانات كافية عن السلطنة ، من الناحية الاحصائية[٢] العامة للسكان أو بالنسبة للمعاقين .

ولكن يجب ان نشير الي حقيقة هامة ، بالنسبة لتباين نسبة الاعاقة بين الجنسين وتزايد معدلات الاعاقة بين الذكور عن الأناث ، ولقد بلغت هذه النسبة تقريبا الضعف في مستشفي (ابن سينا) للامراض العقلية والنفسية ليس فقط علي مستوي افراد العينة ، ولكن علي مستوي الحالات المرضية العامة ، والمترددة علي هذه المستشفي في السنوات الأخيرة [٣] . حقيقة ان تلك المؤشرات ترتبط بالطبع بالعديد من العوامل المتداخلة في تفسير حدوث الاعاقة ، وبالرغم من ذلك . يعكس في الوقت ذاته ، عن مقدار الاتزان الانفعالي والعقلي والنفسي بالنسبة للإناث عن الذكور ، حيث أرتفعت نسبة المعاقين نفسيا وعقليا بينهم ، بالنسبة للأناث ، وذلك حسب ما كشفت عنه الاحصاءات العامة ونسب الاعاقة بين الجنسين .

أما من ناحية طبيعية توزيع مفردات العينة للمعوقين ، حسب الفئات العمرية المختلفة فهي علي النحو التالي ، كما يشير اليها (جدول رقم (٢) للمعوقين) : (١) أقل من ٥ سنوات ، بلغت نسبتهم ٦ر ٥ ٪ ، (٢) ٥/١٠ سنة ٢ر٧ ٪ ، (٣) ١٥/١٠ سنة ٤ر ٢٦ ٪ ، (٤) ١٥ / ٢٠ سنة ٨ر ٢٤ ٪ ، (٥) ٢٠ / ٢٥ سنة ٨ر١٠ ٪ ، وأخيراً (٦) ٢٥ سنة فاكثر ٢ر ٢٥ ٪ . ومن الملاحظ علي هذه النسب ، ان نسب الاعاقة تتركز في الفئات العمرية ١٥/١٠ سنة و ١٥ / ٢٠ سنة ، حيث تبلغ مجموع نسبتهما ٢ر ٥١ ٪ أي نصف عينة البحث من المعوقين تقريبا . كما بلغت نسبة الفئة الأخيرة ٢٥ سنة فاكثر ٢ر ٢٥ ٪ . أما نصيب الفئات العمرية الأولي والثانية ، من عشر سنوات فاقل ، فهي ضئيلة جداً نظراً لطبيعة العينة الملتحقة بالمؤسسات ، وفي حقيقة الأمر ، ان مؤشرات النسب السابقة توضح بعض الحقائق الهامة ، والتي كشفت عنها مقابلات الباحث المفتوحة مع العاملين وزيارته لمؤسسات رعاية المعوقين وهي :

١ ـ مازالت مؤسسات رعاية المعوقين بالسلطنة ، تقصر خدماتها علي سن معين وخاصة في قطاع المدارس النوعية الخاصة ، ومراكز التأهيل ، ومعظم هذه المؤسسات لا تسمح بقبول فئات عمرية أقل من ٨ / ١٠ سنوات .

٢ ـ توجد بعض مراكز المعوقين وخاصة الأهلية التي تقبل فئات عمرية متغيرة ولكنها لم تستطع قبول الاعداد المتزايدة ، عليها نظراً لزيادة المعوقين ، وعدم وجود أماكن أو رعاية كافية ، بهذة المؤسسات . وهذا ما تعكسة بالفعل طبيعة الهرم السكاني في دول الخليج حيث ترتفع معدلات الإعاقة بين الأطفال الأقل من ١٥ عاماً .

ثانيا : عينة العاملين والمسئولين :

تشير طبيعة التركيب النوعي لهذه العينة ، ان نسبة الأناث تمثل ٣ر ٧٥ ٪ ،

بينما الذكور ٧ر ٢٤ ٪ من اجمالي حجم العينة ، وهذا يعكس طبيعة خدمات الرعاية التي تقدمها مؤسسات المعوقين ، سواء اكانت في مجال قطاع المدراس أو المراكز أو المستشفيات . فلقد تقدمت بصفة عامة ، نسب الأناث عن الذكور سواء علي مستوي العينة ككل ، أو علي مستوي القطاعات الثلاث السابقة . كما يشير إلي ذلك (جدول رقم (١) للعاملين) .

وهذا يوضح ، طبيعة عمل المرأة أكثر منة بالنسبة للرجال ، في مجال رعاية المعوقين ، والقيام بالنواحي التعليمية ، والتأهيلية والعلاجية (التمريضية) . وهذا ما يلاحظ بالفعل بالنسبة لمراكز رعاية المعوقين الأهلية والخيرية ، والتي يقتصر فيها طريقة العمل علي فئة (الأناث) فقط ، نظراً لطبيعة العمل الاجتماعي والخيري في قطاع المعوقين في مجتمعات العالم النامي ، وما تفرضة ظروف بعض المجتمعات علي طبيعة العمل في هذا المجال .

أما بالنسبة لطبيعة التوزيع العمري لمفردات عينة العاملين (انظر جدول رقم (٢) للعاملين) . فنجد ان أكثر من ٦٠ ٪ من حجم العينة ، يتركز في الفئتين ، ٢٠ / ٣٠ سنة ،، ٣٠ /٤٠ سنة ولكن نلاحظ في نفس الوقت ، عن وجود نسبة ٣ر ٩ ٪ من اجمالي حجم العينة للفئة العمرية أقل من ٢٠ سنة . وتتركز هذه الفئة بصفة خاصة في قطاع المراكز وهي بدبد ، وصلالة ، وجمعية المرأة العمانية ، حيث يشارك فيها نسبة الفتيات المتطوعات صغيرات السن ، نسبة كبيرة من اجمالي عدد العاملين بها . وهذا بالفعل مالاحظة الباحث ، أثناء اجراء الدراسة الميدانية ، مما يعكس بادرة خير ، لزيادة الوعي الاجتماعي خاصة عند الشباب ، لرعاية ومساعدة المعوقين ، وخاصة في القطاعات الأهلية والخيرية .

(ب) طبيعة الموطن الأصلي :

أولا : عينة المعوقون:

تعكس طبيعة الموطن الأصلي لبيئة المعوقين الكثير من المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية الهامة ، التي توضح نوعية افراد هذه الفئة . وتظهر التحليلات الأحصائية للدراسة (انظر جدول رقم (٢) المعوقين) ، ان قطاعاً كبيراً من المعوقين ، جاء من مناطق ريفية وبدوية ، حيث بلغت نسبتهم ٨ر ٦٤ ٪ ، بينما اشارت ٢ر٣٥٪ من اجابات المعوقين انهم ينتمون الي المناطق الحضرية . وهذا يكشف عن طبيعة التباين بين المناطق الريفية / البدوية والحضرية ، وأثر الموطن أو الأقامة ، علي زيادة معدلات الاعاقة خاصة في المناطق الأولي ، التي يوجد بها الكثير من العوامل المسببة لرفع هذه المعدلات ، منها انخفاض المستوي الاقتصادي ، وعلاقتة بأمراض سوء التغذية ، والرعاية الصحية ، وقله الوقاية من الأمراض المعدية ، وانتشار نسبة زواج الأقارب وغيرها (وهذا ما سوف نشير الية فيما بعد) .

وفي حقيقة الأمر ، ان نتائج هذه الدراسة تؤكدها بعض الدراسات الأخري ، التي اجريت علي المعوقين في بعض الدول العربية الأخري ، حيث تشير نتائج احدي الدراسات التي اجريت في سوريا [٤] ، وعبرت تقريباً عن نفس النتائج السابقة ، حيث اشارت ان نسبة الاعاقة في الريف بلغت ٦٤ ٪ في مقابل ٣٤ فقط في الحضر. وهذا يعكس طبيعة البناء الاجتماعي ، والبيئة الايكولوجية ، وتباين نمط الحياة الاجتماعية ، وظروف العمل والأنتاج ، والقيم والعادات والتقاليد وعلاقتها بنسبة الاعاقه والمرض .

وتشير نتائج احدي دراستنا السابقة علي عدد من مستشفيات الأطفال بمدينة الأسكندرية [٥] ، ان نسبة كبيرة من المترددين والمرضي اللذين يلتحقون بهذة المستشفيات العلاجيه ، قدموا من مناطق ريفية أو شبه ريفية ، وبلغ نسبتهم ٧٠٪، بينما كان ٣٠ ٪ فقط من المرضي يقيمون في مناطق حضرية ـ وهذا يعبر بوضوح ، عن العلاقة بين طبيعة الحياة الاجتماعية ، والبناء الاجتماعي ، وعلاقتة بالمرض عموماً ، وطبيعة الوعي الصحي وحدوث الاصابة . كما يكشف متغير الاقامة عن

علاقتة بالعديد من المتغيرات الأخري ، والتي تتداخل معه ، مثل التعليم ، والمهنة ، والدخل ، وحجم الأسرة ، ونوعية السكن وغير ذلك من المتغيرات ، التي تعكس نوعية الظروف المعيشية والأقتصادية للمريض وأسرته وبيئتة الاجتماعية .

ثانيا : عينة العاملين والمسئولين:

تعكس طبيعة الموطن الأصلي للعاملين بعض المؤشرات الهامة ، التي توضح مدي توافر الكوادر المتخصصة المحلية ، في مجال رعاية المعوقين ، خاصة وان السلطنة تسعي الي التخطيط لإنشاء العديد من المراكز الأخري ، والتي تحتاج بالفعل للمزيد من القوي العاملة المدربة . وربما يوضح (جدول رقم (٤) للعاملين) من أن نسبة العمانيين من عينة البحث بلغت ٦٧ر ٦٠ ٪ ، والعمالة العربية ٣٢ ٪ ، والأجنبية ٣٣ر ٧ ٪ ، وهذا يعتبر مؤشراً علي وجود نسبة كبيرة من العمالة الوطنية في هذا القطاع . الاّ أن غالبية التخصصات الفنية التي تقوم بعملية رعاية وتأهيل وعلاج المعوقين ، جاءت من نصيب العمالة الوافدة . وهذا ، يظهر بوضوح في قطاع المدراس أو التربية الخاصة ، حيث لا تمثل نسبة العمانيين الاّ ٣٣ر ٥ ٪ حيث العمالة العربية بلغت ٧ر ٢٤ ٪ من اجمالي حجم العينة ككل .

عموما وحسب ما تؤكدة المعطيات الاحصائية والملاحظة المباشرة والميدانية لمؤسسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين ، والتي يعايشها الباحث طيلة الأربعة أعوام السابقة من خلال اشراف الباحث علي برامج الزيارات الميدانية لمؤسسات العمل الاجتماعي بقسم الأجتماع بجامعة السلطان قابوس . ان قطاع التعليم أو التربية الخاصة ، يحتاج الي المزيد من الكوادر العمانية ، وهذا ينطبق أيضاً بالنسبة لقطاع المستشفيات والمراكز التأهيلية الأخري . فما زالت الحاجة ماسة الي توجية مؤسسات التعليم ، الي تخريج بعض التخصصات المؤهلة في مجال رعاية المعوقين، وخاصة المدرسين ومدربي التأهيل والعلاج الطبيعي وغير ذلك من هيئات تمريضية ومساعدة أخري . وهذا ما سوف نشير الية لامكان تحليل أهم الصعوبات التي

تواجة مؤسسات رعاية المعوقين .

(جـ) خصائص الحالة الاجتماعية والتعليمية والمهنية:

أولاً : عينة المعوقين :

توضح الحالة الاجتماعية للمعوقين عن بعض المعالجات الهامة ، التي توضح مدي العلاقة بين الاعاقة وطبيعة العمر الزمني للمعاقين ، ونوعية الحياة الاجتماعية التي يعيشون فيها . فكما يشير (جدول رقم (٤) للمعوقين) ، ان الغالبية منهم ٧٦ر٤ ٪ ينتمون الي الحالة الاجتماعية (أعزب) ، مقابل ٤ر ١٨ ٪ متزوج ، في حين اشارت نسب الأرامل والمطلقين الي (٢ ٪ ، و ٢ر ٣ ٪ علي التوالي) . وهذا يعكس بوضوح ، ان الغالبية العظمي من المعوقين في مراحل عمرية صغيرة كما أشرنا الي ذلك من قبل ، كما يعبر عن طبيعة الهرم السكاني ، ونوعية الاعاقة بين الفئات العمرية الصغيرة . علاوة علي ذلك ، ان معظم مؤسسات ومدارس رعاية المعوقين تقبل الفئات العمرية صغيرة السن ، وخاصة ما بين ١٠ ـ ٢٥ عاماً .

ومن ناحية أخري ، كشفت نتائج مقابلات الدراسة الحرة مع العاملين والمرضي في بعض مؤسسات رعاية المعوقين ، وخاصة في قطاع المستشفيات ، ان حالات العجز والأصابة أو التخلف العقلي والنفسي المزمنة أو شبة المزمنة ، كانت لها تأثير كبير علي طبيعة الحالة الاجتماعية ، وحدوث كثير من أنواع الطلاق والتفكك الأسري نتيجة هذه الأمراض . حيث ، أثرت بالفعل الحالة المرضية والنفسية علي كثير ممن كانوا يعيشون حالة اجتماعية أو زواجية مستقرة .

كما ترتبط طبيعة الاعاقة بالمستوي التعليمي للمعوقين ، فكما يشير (جدول رقم (٥) للمعوقين) ، الي أن أكثر من ٣٥ ٪ من عينة البحث ، كانت من الأميين أو شبة الأميين (فئه يقرأ فقط) ، في حين بلغت نسبة من يقرأ ويكتب ٢ر ١١ ٪ ، ومن هم في المرحلة الأبتدائية ٦ر ٢٧ ٪ ، والذين حصلوا علي تعليم اعدادي عام أو

فني ٢٢ ٪ . في حين اشار ٢ ٪ فقط ، انهم حصلوا علي شهادة الثانوية ، كما جاءت (حالة واحدة) فقط لتمثل المرحلة الجامعية . وربما نلاحظ ، تزايد نسبة الأميين خاصة في قطاع المستشفيات ، حيث تمثل نسبة كبيرة منهم في مستشفي ابن سينا ٨ر ٢٦ ٪ . أما بقية المدراس والمراكز التأهيلية ، فانها تهتم بعملية التعليم كجزء اساسي من عملية التأهيل المهني بصفة خاصة . وان كانت توجد بعض حالات الأميين في بعض المراكز التأهيلية ، خاصة وان طبيعية هذه المراكز تقبل فئات عمرية صغيرة السن ، ولم تصل بعد الي بداية مرحلة التعليم الأساسي .

وعلي أيه حال ، كما اشارت بعض النسب السابقة ، عن وجود علاقة عكسية بين الاعاقة ومستوي التعليم ، وهذا ما ظهر بوضوح في قطاع المستشفيات ويعكس طبيعة الوعي الصحي ومدي تأثيرة علي حدوث الاعاقة أو الوقاية والعلاج منها . وان كانت هناك مجموعة من العوامل الأخري ، التي تسهم في حدوث حالات الاعاقة الموجودة ، ولا ترجع أسباب حدوثها الي المرضي المعوقين أنفسهم بقدر ما ترجع الي العوامل الوراثية والخلقية الأخري ، والتي يكون مصدرها الأسرة أو المجتمع ككل ، فليس المعاق نفسه المسئول الوحيد عن اعاقتة ، وهذا ما سوف نتناولة تباعاً عند تفسير أسباب حدوث الأعاقة .

ثانيا : عينة العاملين :

توضح نوعية الحالة التعليمية للعاملين عن بعض الملاحظات الهامة ، التي تتعلق بالكوادر الفنية والمهنية التي تقوم بعمليات التأهيل والرعاية المتعددة للمعوقين. وكما يشير إلي ذلك (جدول رقم (٥) للعاملين ، ان نسبة ٣ر ١٥ ٪ من اجمالي حجم العينة حصلوا علي شهادات أقل من المتوسط ، وجاءت معظم حالات تلك النسبة في قطاع المراكز الأهلية (بدبد ٣ر ٥ ٪ ، وصلالة ٣ر ٧ ٪) . بينما بلغ نسب من حصلوا علي دبلوم متوسط ٦٧ر ١٠ ٪ ، وشهادات فوق المتوسط ٧ر ٤٤٪ ، وشهادات جامعية ٢٦٪ ، ومؤهلات ما بعد الجامعة ٣٣ر ٣ ٪ .

وفي الواقع ، تعكس هذه النسب بعض الدلالات الهامة ، لنوعية عينة البحث من العاملين حيث نلاحظ ان نسبة من لديهم شهادات أقل من المتوسط تركزت في القطاع الأهلي التطوعي خاصة في المناطق الريفية مثل مركز (بدبد) . وهذا لا يؤثر علي نوعية الخدمات ، التي تقوم بتقديمها بعض المتطوعات من رعاية بسيطة ومساعدة للمعوقين . كما نلاحظ ارتفاع مستوي التعليم بصورة عامة ، حيث أشارت الغالبية العظمي ٨٥ ٪ أنها حصلت علي شهادات لا تقل عن الدبلوم المتوسط ، وهذا ما يعزز العمل المهني والمستوي التعليمي المطلوب للمعوقين . ولكن هذا أيضاً يتطلب بالطبع ، الي نوعية الخبرة ، وطبيعة المهن والتخصصات المؤهلة والمدربه ، والأعداد النفسي والتأهيلي للعمل في مجال المعوقين وهذا ما سعت الدارسة الي الكشف عنه بالفعل ، وسوف نشير اليه .

أما من ناحية طبيعة المستوي المهني لدي عينة البحث من العاملين والمسئولين، والذي يشير اليها (جدول رقم (٦) للعاملين) . نجد انها تقسم الي عدة مستويات مهنية وهي :-

(١) الادارة العليا والمتوسطة ، حيث شملت العينة ٣ر ٢ ٪ من أصحاب الوظائف الادارية العليا في حين مثلت المهن الادارية المتوسطة ٦ ٪ .

(٢) التخصصات المهنية ، والتي تتدرج تحتها مجموعة من المهن وتشمل ، أخصائيو الخدمة الاجتماعية ٣ر ٩ ٪ ، والخدمات النفسية ٧ر ٢ ٪ ، والخدمات الطبيعية والعلاجية (أطباء وهيئة تمريض) ٣ر ٢١ ٪ علاج طبيعي ٣٣ر ٥ ٪ . تأهيل مهني ٣٣ر ٩ ٪ ، تأهيل تربوي ٧ر ٢٤ ٪ .

(٣) الخدمات المساعدة ، والتي شملت علي مهن الخدمات العامة ، ونسبتها ٣٣ر٧٪ ، والتشغيل والمتابعة ١ ر ٪ (حالة واحدة فقط) .

ويلاحظ عن هذه النسبة السابقة ، لطبيعية المهن الأدارية والتخصيصية

والمساعدة التي تقوم بتقديم الرعاية في مؤسسات المعوقين التي خضعت للدراسة الميدانية انها :ـ

أولا : تعكس طبيعة المؤسسات والمراكز التأهيلية للمعوقين ، حيث مثلت الخدمات الطبيــة والتمريضية ٣ر٢١ ٪ ، والتأهيلية التربوية ٢١ر ٣٤ ٪ ، والتاهيلية المهنية ٣٣ر ٩ ٪ .

ثانيا : ان بعض الخدمات المهنية الهامة ، والتي تدخل ضمن عمليات التأهيل الاساسية لم تتوافر بالفعل ، مثل خدمات الخدمة الاجتماعية ، والخدمة النفسية ، حيث أقتصرت عدد الحالات الموجودة في العشر مؤسسات التي أجريت عليها الدراسة الي (أربعة حالات فقط) في الفئة الأخيرة . ولا توجد في مستشفي ابن سينا للأمراض النفسية والعقلية الا اخصائية نفسية واحدة فقط ، وتقوم بالأعمال الأجتماعية ، ولا يوجد أي أثر للجوانب النفسية علي الاطلاق ، كما لاحظ ذلك الباحث أثناء مقابلاته الميدانية .

ثالثا : هناك خدمات أخري هامة لا توجد علي الاطلاق ، مثل الخدمات الرياضية والترفيهية في جميع مؤسسات الدراسة . ولا يوجد أي اهتمام لخدمات التشغيل والمتابعة ، والتي تعتبر من أهم عمليات تقييم نتائج التأهيل ، والحرص علي تشغيل الخريجين من المعوقين في مؤسسات العمل المختلفة .

علاوة علي ذلك ، كشفت مقابلة الباحث مع العاملين في المؤسسات والمراكز ، التي اجريت عليها الدراسة ، ان هناك قصوراً واضحاً في التخصصات المهنية والفنية ، التي تخدم عمليات التأهيل الشامل سواء في المراكز التأهيلية ، أو في المستشفيات مثل المدربين وأخصائيو التأهيل المهني ، والعلاج الطبيعي ، كما يوجد قصور في الخدمات الطبيعية والعلاجية الأخري ، التي تشرف علي رعاية المرضي والمعوقين ، في صورة المؤسسات وهذا ما سوف نعالجة فيما بعد بصورة أكثر

تحليلاً ، في ضوء نتائج الدراسة الميدانية ، حول أهم المشكلات التي تواجه هذه المؤسسات .

وفي حقيقة الأمر ، هناك مجموعة من المتغيرات الأخري التي تسهم في عمليات التأهيل ، بالاضافة الي توافر التخصصات المهنية والفنية في مؤسسات رعاية المعوقين ، ومن أهم هذه المتغيرات الخبرة ، والرغبة في العمل مع المعوقين ، والحصول علي الدورات التدريبية ، وتحمل المسئولية ، وغير ذلك من متغيرات أخري سوف نكشف عنها بالمزيد من التحليل عند دراسة طبيعة الأداء الوظيفي والمهني للعاملين .

٢ـ أسباب حدوث الاعاقة وعلاقتها بالبيئة الاجتماعية والسلوكية للمعوقين:

أرتبطت تحليلات علماء الاجتماع بدراسة المشاكل الاجتماعية في المجتمع الحديث ومعرفة الأسباب التي أدت الي تفاقم هذه المشكلات ، ومدي انعكاساتها علي كل من الفرد والمجتمع . كما جاءت بعض هذه التحليلات لتعبر بوضوح عن أهمية توجية السياسات الاجتماعية ، نحو تحديد الجذور الاساسية لحدوث المشكلات في المجتمع ، وهذا ما عبر عنه أصحاب مدخل الاصلاح الاجتماعي أو ما يعرف بالهندسة الاجتماعية Social Engineering ، ومحاولتهم لعرض بعض السياسات السريعة أو قصيرة الأجل للتخفيف من حده هذه المشكلات . كما أكدت العديد من التصورات والمنظورات السوسيولوجية الأخري ، بضرورة النظر الي الرعاية الاجتماعية ، واعتبارها حق من حقوق المواطنة Citizenship Rights ، التي يجب ان يتمتع بها اصحاب الفئات الاجتماعية غير القادرة مثل المعوقين ، وكنوع من المساواة بين الفئات الاجتماعية . كما جاءت اراء علماء الاتجاه الوظيفي نحو سياسات الرعاية الاجتماعية ، في ضوء نظرتهم بعلاقة هذه السياسات بطبيعة البناء والنظم الاجتماعية ، والدور الذي يمكن ان تقوم به للحد من الخلل الوظيفي Dys Funcatianl ، والأثار السلبية الناتجة، عن حدوث المشكلات الاجتماعية

والتصدعات التي اصابت المجتمع الحديث ، نتيجة لعمليات التحول والتغير الاجتماعي السريع [٦] .

وفي حقيقة الأمر ، ان حدوث المشكلات الاجتماعية ، تعتبر شيئا مرضياً أو غير طبيعياً في المجتمع ، ولكن قد يتصور البعض ان ظهور هذه المشكلات ، تعتبر أمراً طبيعياً وجاء نتيجة عمليات التحول وانتقال المجتمعات من المراحل التقليدية ، الي المرحلة الحديثة أو المعقدة . وهذا بالفعل ما اشار اليه اميل دوركايم ، وميرتون، وفيبر وغيرهم ، حيث تصوروا انه خلال عمليات تحول المجتمع من المجتمعات الآلية ، الي المجتمعات العضوية ، سوف تظهر الكثير من المشكلات أو الأمراض الاجتماعية ، ولكن لا بد من وجود سياسات بديله للحد من هذه المشكلات ، والعمل علي استحداث مؤسسات اجتماعية ، باعتبارها من أهم المتطلبات الوظيفية الضرورية ، لتحقيق اهداف وغايات اجتماعية محددة ، حتي يحدث التوازن الاجتماعي بقدر الامكان . وهذا لن يتحقق الاّ في ضوء فاعلية سياسات تدخل الدولة نحو الاهتمام بعملية التنمية الاجتماعية .

وعلي أيه حال ، وفي اطار تحليلنا لمشكلة المعوقين نسعي للتعرف علي أهم اسباب حدوث هذه المشكلة ، وما هي العوامل الاساسية التي تزيد من تفاقمها في المجتمع ؟ . حيث تتعدد طبيعة هذه الاسباب بين عوامل وراثية ، وأخري اجتماعية ، ومرضية وبيئية وحضارية متعددة . كما تعكس نوعية هذه الاسباب ، طبيعة الحياة الاجتماعية والظروف المعيشية ، والاقتصادية ، التي تؤثر علي زيادة معدلات الاعاقة . وسوف نحاول فيما يلي ان نشير الي أهم المؤشرات والمعالجات الاحصائية ، التي كشفت عنها الدراسة الميدانية ، موضحين أهم هذه الاسباب ، وعلاقتها بطبيعة البناء الاجتماعي والاسري للمعوقين في المجتمع العماني .

حاولت الدراسة ان تتعرف علي أهم الاسباب ، التي أدت الي حدوث الاعاقة بين أفراد عينة البحث من المعوقين ، فكشفت عن النتائج التالية ، كما يوضح (جدول

رقم (٦) للمعوقين) . فلقد أشارت استجابات العينة الي ، نقص الوعي الصحي باعتباره من أهم اسباب حدوث الاعاقة وذلك بنسبة ٤٨ ٪ ، تليها في ذلك العوامل الوراثية ٢ر٣٩ ٪ ، ثم الأسباب المرضية ٦ر ١٩ ٪ ، فالاسباب الخلقية ٤ر ١٨ ٪ ، الحوادث وتشمل (حوادث الطرق والحوادث المنزلية والصناعية) بنسبة ٦ر ١١ ٪ ، وشلل الاطفال ٢ر ١١ ٪ ، ويشارك كل من الامراض المزمنة ، والعلاج الطبي الخاطيء لكل منها ٢ر ٧ ٪ ، ثم عدم التطعيم بنسبة ٦ ٪ ، والعلاج الشعبي ٦ر ٣ ٪ ، وأخيراً سوء التغذية ٢ر ١ ٪ .

وفي الواقع ، لقد حرصت الدراسة علي عقد مقارنات بين اراء المعوقين والعاملين ، في مجال معرفة اسباب الأعاقات وتقييم مؤسسات الرعاية وعمليات التأهيل ، ويعد ذلك أحد الابعادالهامة ، التي تعكس العديد من المؤشرات التحليلية ، وتحقيق اهداف الدراسة المختلفة . وقد طرحت الدراسة سؤالاً علي العاملين يتعرف علي وجهات نظرهم ، حول أهم اسباب الاعاقة الموجودة في المجتمع من واقع خبراتهم العملية في مجال رعاية المعوقين ، حيث كشفت عن الأتي ، كما اشار الي ذلك (جدول رقم (١٨) للعاملين) :

اشارت اتجاهات العاملين الي ان زواج الأقارب ، يعد أهم الاسباب الرئيسية لحدوث الاعاقة في السلطنة ، وذلك بنسبة ٩٨ ٪ ، فنقص رعاية الحوامل ٩٦ ٪ ، والأهمال ٣ر ٩٥ ٪ ، وعدم تطعيم الأطفال ٧ر ٨٨ ٪ ، ونقص الرعاية الدورية للأطفال ٧ر ٨٩ ٪ ، والتشخيص الطبي الخاطيء ٧ر ٨٢ ٪ وحوادث المرور ٨٢ ٪ ، ونقص الوعي الصحي ٧ر ٨٠ ٪ ، وسوء التغذية ٨٠ ٪ ، تناول أدوية خطأ ٣ر ٧٥ ٪ ، والظروف الاقتصادية ٧٢ ٪ ، وكل من نقص الرعاية الاجتماعية ، والرعاية الصحية ٧ر ٦٨ ٪ ، والأمية والجهل ٧ر ٦٦ ٪ ، وتقصير وسائل الاعلام ٧ر ٦٤ ٪ ، وحالات التسمم ٧ر ٤٦ ٪ ، ونقص الأمن الصناعي ٣ر ٣٧ ٪ ، وكثره عدد الاطفال ٣٤ ٪ ، وارتفاع معدلات الطلاق ٧ر ٢٨ ٪ ، تعدد الزوجات ٣ر ١٩ ٪،

والسحر ومس الجن ١٨ ٪ ، والحسد ١٦ ٪ ، والتلوث البيئي ٨ ٪ ، وأخيراً المشاجرات والخلافات ٢ ٪ .

وعلي اية حال ، قد نلاحظ بعض المؤشرات الهامة ، التي تكشف عن تقارب وجهات نظر العاملين في مجال مؤسسات المعوقين ، عن اسباب حدوث الاعاقة ، واراء عينة البحث من المعوقين أنفسهم ، ومن أهم هذه الملاحظات ما يلي :-

(١) يعتبر سبب زواج الأقارب ، من أهم الأسباب التي تؤدي الي حدوث الاعاقة ، وهذا يعكس طبيعة العادات والتقاليد ونظم الزواج ، ونوعية البيئة الأجتماعية . ويشكل ذلك السبب جزءاً كبيراً من الاسباب الوراثية ، التي تؤدي الي حدوث الاعاقة (هذا ما سوف نلقي عليه الضوء فيما بعد لأهميته) .

(٢) جاءت أسباب مثل الأمية والجهل ، ونقص الوعي الصحي ، وعدم تطعيم الأطفال والعلاج الطبي الخاطيء ، من أهم الأسباب التي تؤدي الي حدوث الاعاقة بصفة عامة . كما تؤثر هذه الأسباب ، في حدوث ما يعرف بالعوامل الخلقية والمرضية ، التي تزيد من معدلات الاعاقة .

(٣) جاءت الحوادث ، من أهم الاسباب أيضاً التي تسهم في حدوث الاعاقات ، خاصة حوادث الطرق والمرور ، والتي ترتفع معدلاتها في السلطنة كمثيلتها من الدول الخليجية الأخري .

وتفيد مقابلات الباحث سواء مع العاملين أو المسئولين عن المرور بالسلطنة ، ان يوجد تزايد مستمر في معدلات حوادث المرور ، وكما كشفت الاحصاءات الرسمية لحوادث المرور لعام ١٩٨٩ انها بلغت " ١١٣٥٥ " حادثة ، وعدد المصابين "٤٣٨٩ " مصابا ، و " ٣٧٥ " حالة وفاة [٧] كما تشير احصاءات عام (١٩٩١) ، الي حدوث (٣٦) حادثة لكل ٢٤ ساعة ، وينتج عنها وفاة شخص ، واصابة (١٥) فرد باصابات مختلفة . وتعتبر هذه المؤشرات من أعلي مؤشرات حوادث المرور في

العالم.

أما عن أنواع الاعاقات الموجودة بين فئات المعوقين في السلطنة ، والتي اشارت اليها عينة البحث من المعوقين فانها تتركز في الاعاقات التالية : (١) الاعاقات المركبةبنسبة ٦ر ٢٧ ٪ ، (٢) الاعاقات الحسية ٢٢ ٪ ، (٣) الاعاقات العقلية ٨ر ٤٢ ٪ ، (٤) الاعاقات النفسية ٦ر ٣ ٪ ، (٥) اعاقات متعددة ٢ر ٥ ٪ (انظر جدول رقم (٧) للمعوقين) . كما سعت الدراسة الي معرفة اعمار المعوقين عند حدوث الاعاقة ، كما جاءت أراء عينة البحث كما يلي : منذ الولادة ٣٦ ٪ ، أقل من ٥ سنوات ٦ر ٢٧ ٪ ، من ٥ / ١٠ سنوات ١٠ ٪ ، ١٠ / ١٥ سنة ٨ ٪ ، ١٥ / ٢٠ سنة ٨ر ٢ ٪ ، ٢٠ / ٢٥ سنة ٤ ٪ ، وأخيراً ٢٥ سنة فأكثر ٦ر ١١ ٪ (انظر جدول رقم (٨) للمعوقين) .

ويظهر من خلال النسب السابقة ، عدة ملاحظات نشير اليها بإيجاز :-

(١) ان أكثر أنواع الاعاقات الموجودة ، وهي الاعاقات العقلية والتي بلغت نسبتها بين أفراد عينة البحث ٨ر ٤٠ ٪ ، ويشمل ذلك أفراد العينة من المدرسة الفكرية ومعوقي الأمراض العقلية والنفسية بمستشفي ابن سينا ، بالأضافة الي بعض الحالات الأخري في المراكز الأهلية .

(٢) جاءت الاعاقات الحركية والحسية ، لتشير الي نسبة كبيرة من اجمالي نسب الاعاقات وهي بنسب (٦ر ٢٧ ٪ ، و ٢٢ ٪ علي التوالي) ، وهذا ما أيدتة مؤشرات الدراسة حول أسباب حدوث الاعاقات مثل الشلل ، وقلة التطعيم ، ونقص الوعي الصحي ، والرعاية الصحية للحوامل وغيرها .

(٣) تكشف فترة حدوث الاعاقة عن مؤشرات هامة جداً وعلاقتها بزيادة نسبة الاعاقة بصورة عامة . فلقد اشارت بعض أفراد عينة البحث ان اصاباتهم جاءت خلال فترة الحمل أو بعد الولادة مباشرة وذلك بنسبة ٣٦ ٪ ، أو أكثر

من ثلث حجم العينة ، وهذا يدل علي وجود معدلات كبيرة للأسباب الخلقية والمرضية معا ، وقلة رعاية الحوامل ، أو الكشف الطبي المستمر أثناء فترات الحمل ، أو تناول أدوية خاطئة أو علاج طبي خاطيء وغير ذلك .

(٤) جاءت نسبة الأطفال الأقل من ١٥ سنة ، لتمثل نسبة كبيرة جداً من حجم العينة ، وعمر حدوث الاعاقة لديهم حيث بلغت ٦ر ٤٥ ٪ ، وهي نسبة تقارب نصف حجم العينة من المعوقين . وهذا يكشف طبيعة الهرم السكاني في دول الخليج ، والتي اشرنا اليها سابقا ، حيث تؤكد نتائج الدراسة الحالية ، بعض المعطيات الاحصائية عن نسبة الاعاقة بين الأطفال الأقل من ١٥ سنة، الي ٤٠ ـ ٤٥ ٪ من اجمالي حجم المعوقين من السكان .

ونظراً لأهمية ، سبب زواج الأقارب وعلاقته بحدوث الاعاقة واعتباره من أهم الاسباب ، التي تشكل مجموعة العوامل الوراثية وتؤدي الي زيادة الاعاقة ، ركزت الدراسة الي معرفة بعض الشواهد الواقعية من خلال مؤشرات النتائج الميدانية والتي كشفت عنها بالفعل فبسؤال الدراسة عن درجات القرابة بين الوالدين لأسر عينة البحث من المعوقين فجاءت استجاباتهم كما اشار اليها (جدول رقم (٩) للمعوقين) . ٤ر ٣٦ ٪ وضحت ان درجة القرابة (قرابة أولي) أبناء العم والخال ، ٨ر ١٢ ٪ قرابة بعيدةمن نفس العائلة ، ٦ر ١٩ ٪ قرابة من نفس القبيلة فقط ، في مقابل ٢ر ٣١ ٪ اشار بأنه لايوجد أي نوع من القرابة بين الوالدين ومن ثم ، نجد ان أكثر من (ثلثي) أفراد عينة البحث للمعوقين بينهم صلات قرابة (٨ر ٦٨ ٪) ، بينما اشار أقل من الثلث (٢ر ٣١ ٪) . لا توجد صلات قرابة .

وفي اطار محاولة الدراسة للتعرف علي مدي تعدد الاعاقات الموجودة داخل الاسرة الواحدة من عينة البحث ، اشارت ٢٦ ٪ من أفراد العينة بانه توجد اعاقات أخري بين أسرهم ، بينما اشار ٧٤ ٪ منهم بالسلب ، وعدم وجود أي أنواع من الاعاقات الأخري . أما عن استجابات من لديهم اعاقات داخل الاسرة الواحدة

فجاءت كما يلي : من لديهم اعاقة الي إعاقتين في الأسرة ٦ر ١٩ ٪ ، و ٣ / ٤ اعاقات ٨ر ٤ ٪ ، و ٥ اعاقات فاكثر ٤ر ٢ ٪ ويمثلون ست حالات ، كما بلغ متوسط عدد الحالات للاعاقة في الاسرة الواحدة خمسة أفراد . (انظر جداول رقم (١٠) ، (١١) للمعوقين) .

وفي حقيقة الأمر ، لقد حرصت الدراسة لكشف الارتباط والعلاقة بين زواج الاقارب ، وتعدد حالات الاعاقة بينهم ، وأثر العوامل الوراثية في حدوث تلك الاعاقات . فمن ناحية العلاقات بين درجة القرابة وتعدد الاعاقات ، اشارت عينة البحث من لديهم اعاقات أخري (١ر ٨٩ ٪) بان توجد لديهم صلات قرابية ، في مقابل اشار (١و٩٪) من انه لا توجد صلات قرابة (انظر جدول رقم (١٢) للمعوقين) . كما توزعت عدد الاعاقات بين الفئات ، التي لديها صلات قرابية ويوجد بينها حالات اعاقة أخري الي : (١) ابناء العم والخال ٥٠ ٪ ، ويصل عدد حالات الاعاقة بها بين اعاقة واحدة وخمس حالات اعاقة في نفس افراد الأسرة الواحدة . (٢) قرابة من نفس العائلة ٣ر ٢٠ ٪ ، (٣) قرابة من نفس القبيلة ٧ر ١٨ ٪ .

ومن ناحية أخري ، كشفت الدراسة عن الأرتباط بين درجة القرابة بين أسر المعوقين والأسباب الوراثية التي أدت الي حدوث اعاقاتهم كما يلي : (١) ابناء العم والخال ٧ر ٣٧ ٪ ، (٢) قرابة من نفس العائلة ٧ر ٢٠ ٪ (٣) قرابة من نفس القبيلة ١٧ ٪ . وتمثل جملة العلاقة أو الأرتباط بين درجات القرابة وحدوث الاعاقة ، والسبب الوراثي أكثر من ثلاثة ارباع أو (٤ر ٧٥ ٪) ، ممن حدثت اعاقاتهم بسبب هذا العامل (الوراثي) ، في مقابل ذلك اشار فقط ٦ر ٢٤ ٪ بان لا توجد بينهم صلة قرابة وجاءت اعاقاتهم نتيجة لنفس العامل . (انظر جدول رقم (١٣) للمعوقين) .

وعلي أية حال ، نعرض بعض الملاحظات علي المعطيات الأحصائية السابقة ، حول الاعاقة ودرجة القرابة ، والعامل الوراثي :

(١) أرتفعت نسبة الاعاقة بسبب زواج الاقارب ، ووصلت الي أكثر من ثلثي أفراد العينة من المعوقين .

(٢) أرتفعت نسبة الأعاقة وتعددت الاعاقات داخل اسر المعوقين بسبب زواج الاقارب ، وبلغت ١ر ٨٩ ٪ من حجم أفراد العينة الذين توجد بينهم اعاقات اسرية أخري .

(٣) أرتفعت مؤشرات تعدد الاعاقات حتي ان وصلت الي (خمس حالات) في الأسرة الواحدة كلما أزدادت درجة القرابة ، مثل أبناء العم والخال .

(٤) يلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في حدوث الاعاقات ، خاصة بين أفراد العينة من ذوي الاقارب ، وبلغ نسبة هذا العامل في حدوث اعاقات هذه الفئة ٧٥ ٪ ، في مقابل ٢٤ ٪ لا توجد بينهم علاقات قرابية .

(٥) ارتبطت معدلات زيادة الاعاقة ارتباطاً طردياً ، نتيجة العامل الوراثي بدرجة أو شدة العلاقات القرابية بين أفراد عينة البحث ، حيث تظهر مرتفعة بين أفراد العم والخال ، وتقل معدلاتها نسبيا بين العلاقات الوراثية شبة البعيدة (من نفس القبيلة) وفي الواقع ، تعكس طبيعة البيئة الاجتماعية ونسق العادات والتقاليد دوراً هاماً ، في حدوث المشكلات الاجتماعية وزيادة تفاقمها في المجتمع ، وهذا ما يترتب عليه بالفعل اسباب زواج الأقارب ، وزيادة معدلات الاعاقة نتيجة للعوامل الوراثية ، ولقد كشفت أيضاً مقابلات الدراسة الحرة ، مع عدد من الأطباء في المستشفيات التي اجريت عليها الدراسة ، حول قضية المعوقين والعوامل الوراثية وزواج الاقارب ، فوجدنا علي سبيل المثال ، ان أمراض وراثية أخري تسهم في زيادة معدلات الاعاقة، مثل أمراض الدم والتي تمثل ٣٠ ـ ٤٠ ٪ من نزلاء مرضي المستشفي السلطاني فقط (١٠) .

وتوجد بعض نتائج الدراسات الأخري ، التي أجريت في مجال المعوقين في الوطن العربي ، وتؤكد علي ما توصلت الية الدراسة الحالية ، بخصوص العلاقه بين زواج الاقارب والعوامل الوراثية وحدوث الاعاقة . ففي احدي الدراسات التي اجريت في سوريا علي عينة من المعوقين المكفوفين ، وجدت ان ٦٤ ٪ من افراد العينة ، حدثت اعاقاتهم نتيجة لوجود العلاقات القرابية ، والاسباب الوراثية ، كما ان نسبة اصابة الأم أثناء الحمل بلغت ٤٥ ٪ لنفس الاسباب ، أما نسبة المكفوفين الذين اصيبوا بالمرض بعد الولادة وكانت بينهم صلات قرابية بلغت ٦ر ٥٣ ٪ من اجمالي حجم العينة [١١] وهذا يعكس بالطبع ، نوعية العلاقة القوية بين الأسباب الوراثية ، وزواج الاقارب وحدوث الاعاقة بين المعوقين بصفة عامة . ولكن نجد ان طبيعة دراستنا الحالية في سلطنة عمان ، تشير الي معدلات أعلي من نتائج هذه الدراسة السابقة ، حيث ترتفع هذه المعدلات بصورة أكثر كما أشرنا اليها من قبل ، نتيجة لدرجة العلاقات القرابية ونوعية البناء الاجتماعي ، والنسق القيمي والعادات والتقاليد .

وفي اطار تحليلنا لطبيعة العوامل المسببة لحدوث الاعاقة ، والكشف عن نوعية البناء الاجتماعي والقيمي ، الذي يحدد البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها المعوقين ، والتي تلعب دوراً هاماً في زيادة حجم المشكلة ، وابعادها علي كل من المعوقين و المجتمع . حاولت الدراسة ان تتعرف علي المزيد من الحقائق ، حول زواج الأقارب وغيرها من العوامل الأخري ، التي تشكل البيئة الاجتماعية والسلوكية ، والتي تؤثر علي مشكلة المعوقين وتفسير ابعادها المختلفة .

حيث اشارت استجابات المبحوثين من عينة المعوقين ، حول مدي اعتبار زواج الاقارب شيئا عادياً وكنوع من العادات والتقاليد ، التي توجد في مواطنهم الأصلية، فجاءت معظم هذه الاستجابات بالايجاب ٢ر ٩٩ ٪ ، في مقابل اشارة (حالتين) فقط بصورة سلبية وتمثل (٨ ر٪) . أما عن أهم الأسباب التي تؤدي لحدوث زواج

الأقارب ، حسب استجابات المبحوثين فهي كما يلي : (١) العادات والتقاليد ٩٠ ٪ ، (٢) الميراث ٨٦ ٪ ، (٣) تبادل الزيجات ٢ر ٨٣ ٪ ، (٤) قوة السلطة الأبوية ٤ر ٧٤ ٪ ، (٥) زواج الاقارب غير مكلف ٨ر ٧٠ ٪ ، (٦) للمحافظة علي الروابط العائلية والقبلية ٢ر ٥٩ ٪ ، (٧) زواج الأقارب أكثر استقرارا من انماط الزواج الأخري ٣٨ ٪ ، (انظر جداول رقم (١٤) و (١٥) للمعوقين) .

كما حاولت الدراسة ، ان تتعرف علي المزيد من مكونات البيئة الاجتماعية والسلوكية ، والتي تؤثر بصورة مباشرة وغير مباشرة علي الاعاقة والمعوقين في المجتمع ، مثل مشكلة الزواج المبكر ، وأسبابها ، حيث اشارت استجابات المبحوثين الي أهم هذه الأسباب كما يلي : (١) انخفاض مستوي التعليم ٩٦ ٪ ، (٢) العادات والتقاليد ٤ر ٨٨ ٪ ، (٣) الميراث ٨٢ ٪ ، (٤) انخفاض المستوي الاقتصادي ٨ر ٧٢ ٪ ، (٥) كثرة عدد أفراد الأسرة ٤ر ٥٦ ٪ ، (٦) الخوف من تأخير سن الزواج ٤٢ ٪ ، (٧) الأسباب الدينية ٣٦ ٪ ، وأخيراً تأثير سلطة الوالدين ٤ر ٣٢ ٪ (انظر جدول رقم (١٦) للمعوقين) .

بالاضافة الي ذلك ، سعت الدراسة للكشف عن مشكلة تعدد الزوجات وأسبابها وعلاقاتها بمشكلة الاعاقة ، أو العلاقة المتبادلة بين كل منها والأخري . وكشفت استجابات المبحوثين حول سؤال الدراسة عما اذا كان المعاق أو والده متزوج من أكثر من زوجة ، فجاءت نسبة ٢ر ٣١ ٪ ، منهم بالايجاب ، في مقابل ٨ر٦٨ ٪ بالسلب وهي في الواقع نسبة كبيرة تعكس مدي وجود مشكلة تعدد الزوجات في المجتمع العماني ، والتي ترتبط بمجموعة من الأسباب التي عبرت عنها استجابات المعوقين علي النحو التالي : (١) عدم انجاب الزوجة الأولي ٩٤ ٪ ، (٢) انجاب طفل وأكثر معاق من الزوجة الأولي ٨ر ٨٦ ٪ ، (٣) الرغبة في انجاب بنين ٤ر ٨٤ ٪ ، (٤) مرض أو كبر سن الزوجة الأولي ٤ر ٨٠ ٪ ، (٥) العلاقات القرابية ٢ر ٧٣ ٪ ، (٦) ارتفاع المستوي الاقتصادي للزوج ٥٨ ٪ ، (٧) تعدد الزواج شيء

عادي ٣٨ ٪ ، (٨) بعد عمل الزوج عن سكن الأسرة ٤٩ ٪ ، وأخيراً (٩) ارتفاع معدلات الطلاق ٢ر ١١ ٪ (انظر جداول رقم (١٧) و (١٨) للمعوقين).

في الواقع ، بتكشف هذه المعالجات الاحصائية . عن الكثير من المؤشرات الاجتماعية لطبيعة البناء الاجتماعي في سلطنة عمان ، وأسباب تعدد الزوجات ، وحدوث الزواج المبكر ، ومدي علاقة ذلك بمشكلة زيادة حجم المعوقين في المجتمع . ولقد كشفت الدراسة عن بعض أسباب حدوث وتعدد الزوجات أو الزواج المبكر ، ووجود بعض العوامل والمتغيرات ، التي ترتبط بالاعاقة سواء بالنسبة لتعدد الزوجات أو الآثار السلبية للزواج المبكر ، وحدوث نسبة كبيرة من وفيات الأطفال أو ولادتهم مبتسرين (ناقص النمو) أو لديهم تخلف عقلي ، وما الي ذلك من مظاهر متعددة للاعاقة . وهذا ما تؤكدة بالفعل نتائج احدي الدراسات التي اجريت في سلطنة عمان بواسطة هيئة اليونسيكو [١٢] ، وكشفت عن بعض النتائج المتعلقة ، باسباب وفيات الأطفال أو ولادتهم معاقين ، أو نتيجة لحدوث اسباب أخري من الأمراض مثل الصفراء ، والحصبة ، والتيتانوس ، وأمراض الدم الناتجة عن سؤ التغذية ، ونقص الوعي الصحي لدي الأمهات وقلة العناية بهم . كما اشارت الدراسة ايضا ، ان ٤٠ ٪ من الأمهات الحوامل تعاني من الأنيميا ، مما يؤثر علي قلة وزن الجنين والولادة المبتسرة والمعاقة . كما بينت الدراسة ، ان هناك معدلات قوية بين اصابة الأم بالملاريا أثناء الحمل ، وحدوث التخلف العقلي ، والاعاقات الجسمية الأخري .

علاوة علي ذلك ، سعت الدراسة الي تحليل بعض جوانب من البيئة الاجتماعية ، التي تحيط بالمعوقين وتؤثر علي حالاتهم النفسية والاجتماعية ، وطبيعة عمليات التأهيل والاستعداد للتكيف مع مشكلاتهم : فلقد حاولت الدراسة ، ان تتعرف علي نمط الحياة الاجتماعية والظروف المعيشية والاقتصادية التي ترتبط بفئة المعوقين لما لها من العديد من الآثار والنتائج سواء علي حدوث الاعاقة أو تزايدها أو

درجة الاستعداد للتأهيل ، والتخويف من آثارها . ويكشف سؤال للدراسة عن حجم أسرة المعوقين واعداد أفرادها عن بعض النسب التالية ، كما يوضح ذلك (جدول رقم (١٩) للمعوقين) : (١) اسر أقل من (٥) أفراد ٤ر ١٦ ٪ ، (٢) اسر من ٥ / ١٠ أفراد ٨ر ٥٨ ٪ ، (٣) اسر من ١٠ / ١٥ فرد ٨ر ١٨ ٪ ، (٤) اسر من ١٥ فرد فأكثر ٦ر ٥ ٪ .

وهذا يشير بوضوح ، الي ان نسبة كبيرة من أفراد عينة البحث من المعوقين، جاءت من اسر كثيرة العدد أو تتسم بحجمها الكبير ، حيث اشارت أكثر من نصف العينة ، أنها من اسر تتراوح أعدادها بين (٥ ـ ١٠ أفراد) ، كما نجد ان الغالبية العظمي (٦ر ٨٣ ٪) للعينة ، لا تقل أفراد اسرتها عن خمس أفراد ، في مقابل ٤ر ١٦ ٪ فقط ، يعيشون في اسر يقل عددها عن هذا العدد فقط . وفي الحقيقة ، ان حجم الاسرة يؤثر علي الكثير من رعاية المعاق وتكاليف اعاشته وعلاجه .

وبالاضافة الي ذلك ، حاولت الدراسة ان تحدد قيمة الدخل الشهري لاسر المعوقين ، للتعرف علي الفئات أو المستويات الاجتماعية والاقتصادية التي تنتمي اليها هذه الفئة ، وما علاقاتها سواء بحدوث الاعاقة أو مقاومة أثارها واتخاذ طرق التأهيل أو العلاج اللازم لها . ولقد كشفت استجابات المبحوثين الي طبيعة دخلهم الشهري كما يشير الي ذلك (جدول رقم (٢٠) للمعوقين): (١) أقل من ١٠٠ ريال ٤ر ١٢ ٪ ، (٢) من ١٠٠ / ٢٠٠ ريال ٦ر ٤١ ٪ ، (٣) ٣٠٠ / ٤٠٠ ريال ٤ر ١٠ ٪ ، (٤) ٤٠٠ ريال فأكثر ٨ر ٢٢ ٪ .

وفي حقيقة الأمر ، لقد جاءت معظم أفراد العينة من اسر ذات دخل محدود للغاية ، حيث اشار تقريبا ثلاثة ارباع المبحوثين أن دخلهم الشهري أقل من ٣٠٠ ريال شهرياً . كما اشارت نسبة ٤ر ١٠ ٪ من العينة ان دخلها من ٣٠٠ / ٤٠٠ ريال ، وهذا يعتبر دخلاً محدداً ايضاً خاصة وان نفقات الاعاقة ، تكون مرتفعة جداً وتحتاج للمزيد من الأعباء الاقتصادية للأسرة . حقيقة ، ان المعوقين يتمتع

ببعض المساعدات الاجتماعية التي يتلقوها من وزارة الشئون الاجتماعية ، الا اننا نري ان أعباء الحياة الاجتماعية والاقتصادية تفرض الكثير من الضغوط علي اسر المعوقين لاحتياجاتهم المتزايدة لمواجه مشاكل الاعاقة . خاصة وان المؤسسات الموجودة حالياً ، لا تستطيع ان تستوعب كافة الاعاقات الموجودة ولا سيما من الأطفال صغار السن . أو الكبار ايضاً الذين لم يصلوا الي مرحلة التأهيل أو قد تخطوها بالفعل .

كما كشفت الدراسة عن نوعية السكن أو البيئة الفيزيقية الريفية التي يعيش فيها المعوقين ، ومدي تأثيرها علي الاعاقة ونوعيتها وطبيعة حجم الأسرة واحتياجات بقية أعضائها الأخرين ، ومدي انعكاس ذلك علي الجو النفسي والاجتماعي لهم بصفة عامة . حيث اشارت استجابات عينة البحث من المعوقين حول طبيعة السكن كما يلي : (١) سكن حديث مستقل ٢ر ٣٤ ٪ ، (٢) سكن قديم مستقل ٢ر ٣٥ ٪ ، (٣) سكن حديث مشترك ٨ر ١٤ ٪ ، (٤) سكن قديم مشترك ٦ر ١٥ ٪ . أما عن عدد غرف السكن ، فلقد اشارت اليها النسب التالية ، (١) أقل من ٣ غرف ٣٠ ٪ ، (٢) من ٣ / ٥ غرف ٥٢ ٪ ، (٣) ٦ / ٧ غرف ١٢ ٪ ، (٤) ٧ غرف فاكثر ٦ ٪ . (انظر جداول رقم (٢٠) و (٢١) للمعوقين) .

وعلي أية حال ، توجد بعض الملاحظات علي تلك النسب السابقة المتعلقة بطبيعة السكن والبيئة الريفية والمعيشية للمعوقين نوجزها كما يلي :

(١) اشارت أكثر من (ثلثي) العينة انها تسكن في مساكن قديمة مستقلة أو حديثة ـ قديمة مشتركة ، في مقابل ذلك اشار (الثلث) فقط انه يتمتع بسكن حديث مستقل .

(٢) عبرت نسب كبيره من استجابات العينة من المعوقين ، انها تعيش في أقل من ثلاثة غرف وبنسبة (٣٠ ٪) ، أو في ٣ / ٥ غرف ٥٢ ٪ . ويمثل مجموع

هاتين المجموعتين (٨٢ ٪) وهما الغالبية العظمي من أفراد العينة . في حين أشارت فئة (١٨ ٪) انها تسكن فقط ، ٦ غرف فأكثر .

(٣) قد يتصور البعض ان هذه النسب عالية ، وتتوافر غرف للمعوقين كافية ، ولكن تعد الظروف الفيزيقية والبيئية عاملا هاماً في الجو النفسي للأسرة ، كما توجد الكثير من أنواع الاعاقات ، التي تحتاج الي بيئة فيزيقية واسعة ، وخاصة اصحاب الاعاقات الحركية . كما توجد هناك اعاقات أخري مثل الاعاقات العقلية ، تحتاج احيانا الي غرف مستقلة مثل حالات الصرع وغيرها علي سبيل المثال .

وفي حقيقة الأمر ، لقد أهتم بعض علماء الاجتماع الطبي والنفسي الاجتماعي بدراسة العلاقة بين الظروف الفيزيقية أو البيئة الايكولوجية سواء في سكن الاسرة او في المستشفيات ، وبين تحقيق أهداف العلاج والاستشفاء للمرضي . فلقد اثبتت دراسة كل من وليم روسنجرن W . Rosengren ، وسبنسر ديفوليت S. Devault علي احدي المستشفيات ، ان العلاقة بين الجو النفسي للمريض وطبيعة المكان الفزيقي الذي يقيم فية ، له دوراً كبيراً وايجابيا في علاج المريض[١٣].

وهكذا ، كما كشفت نتائج الدراسة ، ان هناك العديد من الاسباب التي تؤدي الي حدوث الاعاقة في المجتمع العماني ، مثل العوامل الخلقية والوراثية ، والمرضية ، والبيئية والاجتماعية الأخري . وتعكس دراسة طبيعة البناء الاجتماعي ، الكثير من العوامل التي تؤثر في زيادة مشكلات الاعاقة والمعوقين ، وخاصة ما تفرضة البيئة الاجتماعية من عادات وتقاليد ، ولا سيما زواج الاقارب ، وأثارة المتنوعة علي زيادة المعوقين والأمراض الوراثية المتعددة . كما توضح طبيعة البيئة الاجتماعية ، مجموعة من الانماط السلوكية الاخري ، والتي تتمثل في الزواج المبكر ، وتعدد الزوجات ، ومدي علاقاتهما بالاعاقة ، أو حدوثها بصورة مباشرة وغير

مباشرة . علاوة علي ذلك ، ان تحليل الظروف المعيشية والاقتصادية ، لها دوراً هاماً في الكشف عن مشكلات المعوقين ، واسباب حدوث الاعاقة ايضاً .

ومن ثم ، توضح نتائج الدراسة الحالية ، مدي العلاقة بين حدوث الاعاقة واسبابها ، ونوعية البيئة الاجتماعية والايكولوجية ، والمستوي الاقتصادي والمعيشي ، الذي تفرضة ظروف الاعاقة علي المعاق واسرته . فلقد لاحظنا ، ان معظم الفئات المعاقه التي اجريت عليها الدراسة الميدانية ، تنحدر من فئات اجتماعية متواضعة وبسيطة جداً ، في مستواها الاقتصادي والمعيشي ، وتنتمي غالبيتها الي عائلات من ذوي الأحجام أو الأعداد الكبيرة . ومن ثم ، فتساهم هذه العوامل مجتمعة، في خلق بيئة سوسيولوجية وسيكولوجية غير ملائمة ، لرعاية وعلاج المعاق ، كما تساعد في زيادة عناصر التوتر النفسي والقلق ، وغير ذلك من ميكانزمات عدم الاتزان العاطفي والانفعالي وعلاقة المريض باسرته .

ويمكن لنا ، ان نطلق علي طبيعة البناءات الاسرية التي ينتمي اليها المعوقين، والتي اجريت عليهم الدراسة ، بأنهم ينتمون معظمهم الي اسر متعددة المشاكل Multi - Problems Families كما أيدت ذلك دراسات كل من نهيرال Nihiral ، ومانيك Mink ومايرز Meyers وغيرهم . أو محاولة كيو منجز Cummoings للتعرف علي نوعية علاقة الآباء باطفالهم المعوقين ، نتيجة لقلة الموارد الاقتصادية . حيث عبرت الغالبية العظمي لهم بأنهم يشكون من حالات نفسية تتسم بالاكتئاب ، والعزلة والقلق ، مما ساهم ذلك في احداث مظاهر سلبية علي شخصية الطفل المعاق . وتعتبر ايضا محاولة بعض الباحثين ، لتحليل الآثار الاجتماعية علي الأسرة ، نتيجة وجود الاعاقات ، وخاصة تلك الدراسات ، التي ركزت علي دراسة دورة الحياة الأسرية (١٤) Family Life Cycle والتي تتضمن مجموعة من العوامل والميكانيزمات الناتجة ، عن وجود أفراد معاقين في الاسرة ، وخاصة تحليل البناء الاسري من ناحية حجمها ، وموطن اقامتها ، والمكانه الاجتماعية والاقتصادية

والاجتماعية ، ونسق القيم والمعتقدات ، وانماط العلاقات المتجانسة واللامتجانسة . وكيفية تاثير ذلك البناء علي وظائف الاسرة ، مثل التنشئة الاجتماعية ، والرعاية الصحية والنفسية ، وأيضاً طبيعة انساق التكافل الاجتماعي وغير ذلك من الآثار المباشرة وغير المباشرة . التي تتركها الاعاقات علي الحياة الاجتماعية والأسرية ، مثل زيادة معدلات الطلاق ، وتعدد الزوجات وغيرها .

٣ـ الوعي الاجتماعي بالاعاقة واجراءات الوقاية منها :

بعد محاولة الدراسة التعرف علي الحقائق الواقعية التي تؤثر علي حدوث الاعاقة واسباب تفاقمها في مجتمع البحث ، ونوعية العلاقة المتبادلة بين الاعاقة والمعوقين ، وطبيعة البناء الاجتماعي والبيئة الايكولوجية والاقتصادية والمعيشية التي تحيط بها . ركزت الدراسة ايضا ، علي ضرورة تحليل أهم عناصر الوعي الاجتماعي بالاعاقة ، وخاصة عند المعوقين واسرهم ، وطبيعة الاجراءات الوقائية ، التي اتخذت من اجل الاعداد للتأهيل ، والتخفيف من اثارها المتعددة علي المعوقين واسرهم .

حقيقة ، توجد الكثير من مستويات الحد من تاثير الاعاقة ، كما حددها بالفعل علماء وخبراء برامج رعاية المعوقين وتأهيلهم ، والتي تمثلت في ثلاثة مستويات مترابطة ، تهم الأول والثاني منها ، بالحد من حدوث العوامل المسببة للاعاقة أو الأصابة ، أما المستوي الثالث ، فانه يحاول ان يعالج القصور الوظيفي الناتج عن الاعاقة والعجز ، وتخفيف الاثار المنعكسة علي الفرد المعاق واسرته ، والمجتمع في نفس الوقت (١٥) .

ومن هذا المنطلق ، ركزت الدراسة علي أهمية تحليل الاساليب الوقائية التي اتبعها المعوقين واسرهم ، من أجل الحد من الاثار المتعددة ، للاصابة أو العجز والاعاقات . وما هي السبل التي اتخذوها بالفعل ، قبل عمليات تأهيلهم والتحاقهم

بمؤسسات رعاية المعوقين ؟ فبسؤال عينة البحث من المعوقين واسرهم ، حول وجود معلومات مسبقة عن مراكز ومؤسسات الرعاية قبل الالتحاق بها ، جاءت غالبية الاستجابات بالايجاب ٩٢ ٪ ، في مقابل ٦ر ٧ ٪ لم يكن لديهم معرفة عن هذه المؤسسات . أما عن أهم وسائل معرفة المعوقين عن تلك المراكز والمؤسسات ، فكانت علي النحو التالي : (١) قرب السكن من المؤسسات ٢٢ ٪ ، (٢) مساعدة الأقارب ٣٦ ٪ ، (٣) الأصدقاء والجيران ٢٨ ٪ ، (٤) العاملين والمسئولين ٢٤ ٪ ، (٥)وسائل الاعلام ٢ر ٤١ ٪ . (انظر جداول رقم (٢٣) و (٢٤) للمعوقين) .

كما حاولت الدراسة ، ان تتعرف علي كيفية التحاق عينة البحث بمؤسسات رعايتهم الحالية ، فعبرت مجموعة كبيرة من أفراد العينة ٦ر ٤١ ٪ انهم ألتحقوا بانفسهم ومساعدة اسرهم ، في حين اشارت في نفس الوقت مجموعة من عينة البحث ، ان التحاقهم بهذه المؤسسات جاء عن طريق التحويلات الطبية ٨ر ٤٦ ٪ ، والتحويلات المدرسية ٢ر ١٧ ٪ ، وايضا حسب ارشادات وزارة الشئون الاجتماعية ٤ر ١٨ ٪ . أما عن أهم الاسباب التي جعلت عينة البحث من المعوقين الالتحاق بمراكز ومؤسسات رعايتهم فجاءت استجاباتهم علي النحو التالي : (١) الرعاية النفسية ٩٢ ٪ ، (٢) الرعاية الطبية ٦ر ٨١ ٪ ، (٣) الرعاية الاجتماعية ٤ر ٧٨ ٪ ، (٤) التأهيل المهني ٨ر ٧٠٪ ، (٥) الحصول علي فرص للعمل والكسب ٦ر ٥٥ ٪ وأخيراً (٦) الحصول علي المساعدات المالية ٢ر ٢٧ ٪ (انظر جداول رقم (٢٥) و (٢٦) للمعوقين) .

ومن ناحية أخري ، سعت الدراسة الي معرفة مدي استعداد عينة البحث من المعوقين واسرهم ، أو ترددهم في الالتحاق بمؤسسات رعاية المعوقين ، خاصة وان طبيعة الاعاقة والمرض ترتبط بالكثير من العوامل الأخري ، والتي قد تحجم عن المبادرة في علاجها ، نظراً لطبيعة البيئة الاجتماعية ، وعدم الرغبة في الافصاح عن المرض ، باعتباره نوع من الاسرار الاسرية ، ولا سيما اذا كانت تلك الاعاقات

تتعلق بالجوانب النفسية والعقلية علي سبيل المثال . أو لنتيجة العزلة الاجتماعية التي تفرضها الاعاقات علي الاسر ، التي لديها أفراد معوقين ، وعدم قدرتهم علي اتخاذ القرارات نحو العلاج ، أو الرعاية والتدريب المهني لهم ، خاصة اذا كانت تلك الاصابات أو الاعاقات حالات مزمنة أو خلقية .

وفي حقيقة الأمر ، كشفت استجابات نسبة كبيرة من عينة البحث ، انهم لم يترددوا نهائيا للالتحاق بمؤسسات ومراكز رعاية المعوقين ، حيث اشار نحو (ثلثي) أفراد العينة علي ذلك وبنسبة ٦٨ ٪ ، في مقابل ٣٢ ٪ منهم عبروا عن حقيقة ترددهم في الذهاب أو الألتحاق بهذه المؤسسات . أما عن أهم أسباب التردد التي اشارت اليها المجموعة الأخيرة فكان من أهمها : (١) الشعور بالخجل والحرج الاجتماعي ٤ر ٢٨ ٪ ، (٢) الاعتقاد بان هذه المؤسسات مراكز للايواء فقط ٤ر ٢٦ ٪ ، (٣) الرغبة في اخفاء المرض والاعاقة ٢٦ ٪ ، (٤) للاعتقاد بأن الاعاقة حالة من الجنون ٢ر ٢٥ ٪ ، (٥) الحرص علي المركز الاجتماعي للأسرة ٦ر ١٩ ٪ ، (٦) لان الاعاقة مسألة قضاء وقدر ٤ر ١٢ ٪ ، (٧) لرغبة الأهل في رعاية مرضاهم بانفسهم ٦ر ٥ ٪ ، (٨) عدم الثقة في كفاءة المؤسسات الموجودة ٤ر ٢ ٪ ، (٩) للرغبة في العلاج بالخارج ٢ ٪ وهي تمثل خمس حالات فقط ، (انظر جداول رقم (٢٦) و (٢٧) للمعوقين) .

وهكذا ، كما اشارت المعالجات الاحصائية السابقة ، أنه لا يمكن تفسير مشكلة الاعاقة عن طبيعة البيئة الاجتماعية ، ونسق العادات والتقاليد ، التي تفرض الكثير من السلوكيات علي الحياة الاجتماعية . وهذا ما اتضح بالفعل في ضوء نتائج هذه الدراسة ، وكيفية شعور أهل المعاق واسرته بالعزلة الاجتماعية ، والبعد عن التكيف الاجتماعي والتردد في تقديم الحالات المعاقة للعلاج والرعاية . ولقد وضحنا من قبل ، العلاقة بين البيئة الاجتماعية واثارها السلوكية ، وكيفية تكوين اتجاهات غير مرضية ، نحو علاج المرض والاعاقة . وكما كشفت اسباب التردد في

بالتحاق عن الاعاقة الكثير من مظاهر ضغط البيئة الاجتماعية علي سلوكيات اسر المعوقين ، والرغبة في احفاء المرض والاعاقة ، والاكتفاء بان تلك الاعاقات حالات من الصعب علاجها ، والتسليم بالقضاء والقدر ، دون اللجوء والسعي لحل المشكلات علاوة علي ذلك ، ان تلك الأسباب تعكس مدي بساطة الوعي الاجتماعي لاسر المعوقين ومستوياتهم الاجتماعية ، كما تلعب الظروف الاقتصادية والمعيشية دوراً كبيراً في أسباب التردد للألتحاق بمؤسسات الرعاية كما تجيء بعض تلك الاسباب ، نتيجة عدم الالمام بنوعية المساعدات العلاجية والتأهيلية المختلفة التي سوف يستفاد منها المعاق عند التحاقة بالمؤسسات العلاجية .

وبالأضافة الي ذلك ايضا ، لا يمكن ان ننكر طبيعة الاثار النفسية والاجتماعية المشتركة التي تفرضها الاعاقات علي اسر المعوقين وهذا ما أيدته نتائج دراسات سوسيولوجية وسيكولوجية مشتركة ، خاصة في المراحل الأولي ، والتي تسمي بمرحلة الصدمة Stage Of Shock عن معرفة نوعية الاعاقة الأول مرة . ثم تليها مرحلة الانكار Disbelief Stage ، والتي يهرب فيها أعضاء الاسرة عن الوسط الاجتماعي بقدر الامكان والرغبة في عدم الافصاح عن المرض والاعاقة . وأخيراً ، مرحلة الخوف والاحباط Stage Of Fear & Frustration ، والتي تؤدي في الكثير من الأحيان الي الأكتئاب والعزلة ، نتيجة لتقبل الوضع الراهن لحدوث الاعاقة بين أفراد الاسرة ، كما تظهر مظاهر القلق للمرحلة المستقبلية سواء من ناحية العلاج أو التأهيل أو المستقبل الاجتماعي والمهني لكل من المعاق واسرته ، وخاصة اذا كانت تلك العمليات غير متوافرة بقدر الأمكان أو مكلفة من الناحية الاقتصادية(١٦) .

وفي اطار اهتمام الدراسة بتحليل الوعي الاجتماعي حول الاعاقة وكيفية الحد والوقاية منها ، وطبيعة القيم والاتجاهات المجتمعية حول مشكلة المعوقين ، والي أي حد تعكس دراسة بعض مظاهر الثقافة المحلية الموجودة في المجتمع ، عن

نوعية المعتقدات والسمات الثقافية الفرعية المرتبطة بالاعاقة وسبل علاجها التقليدية في المجتمع العماني . فلقد طرحت الدراسة سؤالا علي عينة البحث من العاملين والمسئولين ، باعتبارهم من أهم الفئات التي تتعامل مع الاعاقة والمعوقين ، للتعرف علي حقيقة وجود فئات أخري غير طبية أو متخصصة في علاج المعوقين . فجاءت معظم اراء عينة البحث بالايجاب ٣ر ٩٣ ٪ ، في مقابل فقط ٧ر ٦ ٪ منهم اجابت بالسلب . ومن أهم الفئات أو الأفراد الذين يقومون بتقديم العلاج الشعبي للمعوقين، حسب نسق المعتقدات والثقافة الفرعية علي سبيل المثال ، (١) الوسام ٨٢٪ وهو ذلك الفرد الذي يضع الوشم لعلاج أمراض معينة مثل (الكبد ، والطحال والشلل والرماتيزم وغيرها) . (٢) البصار ٨٤ ٪ ، والشخص الذي يقوم بقراءة الطالع والأبراج الفلكية .(٣) متخصص في السحر ٧ر ٧٦ ٪ ، (٤) المعلم ٦٨ ٪ ، والذي يقوم بتعليم الأفراد بعض الأمور التعليمية البسيطة (٥) الطبيب الشعبي ٣ر ٧٤ ٪ ، (٦) وأخيراً رجل الدين ٧ر ١٢ ٪ ، (انظر جداول رقم (١٩) و (٢٠) للعاملين) .

كما تعكس الأمثال الشعبية كاحد سمات الثقافات الفرعية ، عن نظرة المجتمع الفعلية للاعاقة والمعوقين ، حيث اشارت استجابات العاملين من عينة البحث بنسبة عالية ٣ر ٩٣ ٪ عن وجود العديد من الأمثال الشعبية ، في حين اشارت ٧ر٦٪ فقط عن ذلك بصورة سلبية . كما تعرض أيضاً ، العديد من الأمثلة والنصائح الشعبية المتداولة حول الاعاقة والمعوقين ، حيث كشفت عن ذلك استجابات العينة من العاملين بحقيقة وجودها وذلك بنسبة ٣ر ٨٥ ٪ ، في مقابل ٧ر ١٤ ٪ منهم اجابوا بالنفي (انظر جداول رقم (٢١) و (٢٢) للعاملين) . وجاء من أهم هذه الأمثال علي سبيل الاشارة فقط : (١) لا تبكي علي ما فات ، ولكن أبكي علي مافقد عقلة . (٢) أصبر علي مجنونك ، ولا يجيك أجن منه . (٣) اذا كان المتحدث مجنون فالمستمع عاقل (٤) صبر ساعه ولا صبر دوم (للأبد) .

كما سعت الدراسة بتحليل بعض جوانب الوعي الاجتماعي بالاعاقة والمعوقين وسبل الوقاية منها ، وحرصت للكشف عن أراء العاملين والمسئولين في مجال المعوقين من عينة البحث حول ما تعرضة وسائل الاعلام المختلفة ، عن هذه المشكلة بصفة عامة ، كما يشير الي ذلك جدول رقم (٢٣) للعاملين علي النحو التالي : (١) يجب الاهتمام اعلاميا بالمعوقين ٧ر ٩٢ ٪ ، (٢) توجد فقط بعض الحملات الصحفية ٦٤ ٪ ، (٣) الاعلام يقوم باثارة التعاطف مع المعوقين ٧ر ٥٠ ٪ ، (٤) الحملات الاعلامية تعبر عن الواقع ٧ر ٢٤ ٪ ، (٥) ما يعرض بالفعل صورة دعائية فقط ١٦ ٪ ، وأخيراً (٦) ما تعرضة وسائل الاعلام بهدف التسلية فقط ٢ ٪ .

وفي الواقع ، تلك هي أهم الأراء التي كشف عنها استجابات العاملين والمسئولين حول قضية المعوقين ، والتي نلاحظ ان أغلبيتها تركز علي أهمية الدور الاعلامي في توجية الاهتمامات نحو المعوقين ، والعمل علي تغير القيم والمعتقدات التقليدية . للاعاقة وسبل علاجها ، كما ان الاهتمامات الحالية مازالت تحتاج الي الكثير من التخطيط والاعداد ورسم استراتيجيات اعلامية للاهتمام بالفئات الخاصة . ومن ثم يجب ان يبرز الدور الاعلامي في تحديث وتغيير الاتجاهات والثقافات الفرعية الموجودة ، والمساهمة في عمليات التنشئة الاجتماعية ، والتي يجب ان تقوم بها المؤسسات الاجتماعية الأخري مثل ، المدارس والمعاهد التعليمية والمساجد علي سبيل المثال .

حقيقية ، ان معايشة الباحث لمجتمع الدراسة طيلة السنوات الأربع الماضية ، تكشف بعض الملاحظات الهامة نحو دور المؤسسات الاعلامية تجاه مشكلة المعوقين . فلقد حدث اهتماما نسبيا في بعض الوسائل الاعلامية بالمقارنه عما كان موجوداً في نهاية الثمانينات . فنجد علي سبيل المثال ، بعض الحملات الاعلامية الصحفية واستخدام التلفزيون في الاعلان عن خدمات المعوقين ، وضرورة الاهتمام بهم ، بهدف زيادة الوعي الاجتماعي بين الفئات الاخري القادرة . ولكن مازلنا نري ، ان

حجم تلك الحملات والاعلانات الصحفية والاعلامية غير كافية لتحديث وتغيير الاتجاهات والمعتقدات التقليدية حول الاعاقة والمعوقين . ومن ثم يجب توجية الاهتمامات نحو أهمية وسائل الاعلام ودورها المستقبليَ في زيادة الوعي الاجتماعي وهذا ما سوف نشير اليه لاحقاً عند معالجتنا لنتائج الدراسة حول عمليات التأهيل.

٤ - تقييم عمليات التأهيل ومؤسسات رعاية المعوقين :

تعد عملية تأهيل المعوقين من العمليات الهامة التي تتركز فيها جميع الخدمات والبرامج والسياسات ، التي كرست من أجل رعاية المعوقين ، بهدف التخفيف من الآثار المتعددة ، التي تعاني منها هذه الفئة ، نتيجة العجز والاعاقة ولقد كشفت تحليلاتنا النظرية ، عن الكثير من الحقائق والأفكار العامة حول عملية التأهيل ، والعمليات الفرعية الأخري ، المرتبطة بها ، كما يعكس مفهوم التأهيل عن عدد من المعاني والتصورات ، التي تعبر بوضوح عن مقدار التداخل بين الانواع المختلفة ويشملها التأهيل ذاته . فهناك التأهيل الطبي ، والاجتماعي ، والنفسي ، والتربوي ، والمهني ، وتعتبر هذه الأنواع سلسلة متصلة الحلقات ، تهدف لاعادة تأهيل المعاق مرة أخري للحياة الاجتماعية .

وسعت محاولات كل من علماء الاجتماع والخدمة الاجتماعية ، وعلماء النفس الاجتماعي ، والطب ، وخبراء التربية الخاصة ، والتأهيل المهني ، لتحديد الأهداف العامة التي يجب ان تحققها عمليات التأهيل ، خاصة وانها تخضع الي مجموعات مهنية متخصصة ، تختلف فيما بينها ، حسب تخصصاتها وخبراتها العلمية والعملية . ولكن بالطبع ، لكل فئة من هذه الفئات المهنية مجموعة من المهام التي تعمل في اطارها ، وتتحدد بوسائل معينة ، كما ترتبط بنوعية الاهداف العامة للمؤسسات والمراكز التي يعملون فيها .

حقيقة ، ان عملية تقييم كل من عمليات التأهيل ومؤسسات الرعاية التي تقدم بها ، تعتبر من العمليات الصعبة التي تواجة الباحثين والمهتمين ، بدراسة تلك الفئة

(المعوقين) خاصة وان عملية التقييم Evaluation Process ، تحيطها العديد من الملابسات ، وصعوبة التفسير ، نتيجة لعدم وجود مؤشرات ومقاييس ثابتة . يمكن عن طريقها تحديد مستويات الخدمة والرعاية التي تقوم بها الهيئات الفنية والمهنية العاملة . علاوه علي ذلك عدم وجود مستويات محددة للكفاءة ، والفاعلية Efficiencey & Effectiveness ، التي يمكن عن طريقها معرفة مستويات الخدمة ، التي تقدم بالفعل للمستفدين منها ، سواء كانوا مرضي معوقين او غيرهم.

من ناحية أخري ، ان عمليات تقييم الخدمات التأهيلية ، قد تحتاج ايضا لتحليل وجهات نظر المستفيدين منها ، ومن ثم ، تظهر بعض الصعوبات التي عن طريقها يمكن معرفة ما يسمي بالموافقة والقبول Acceptiability ، أو ما يعرف ايضاً ، بمستويات الرضا أو الاشباع Satisfaction ، نظراً ، لوجود العديد من المتغيرات التي تحدد هذه المستويات عند المستفيدين ، ولا سيما اذا كانوا من فئة المرضي المعوقين ، وتباين وجهات نظرهم واستجاباتهم نتيجة لظروفهم المرضية والتأهيلية ، والاجتماعية ، والطبية والبيئية والايكولوجية وغيرها [١٨] .

وبالرغم من ذلك ، تجيء أهمية التقييم لعمليات التأهيل ومؤسسات رعاية المعوقين ، باعتبارها أهم الخطوات الاساسية التي يمكن عن طريقها ، تعريف مستويات الرعاية والخدمة الموجودة بالفعل في هذه المؤسسات ، وهذا في الواقع ، ما أكد علية علماء الاجتماع الطبي ، من أمثال وليم جلاسر W. Glaser ، واليوت فيردسون E. Friedson ، علي ضرورة تحليل عمليات التأهيل Habilitation ، باعتبارة أهم نماذج للرعاية الشاملة Comprehensive Caves . كما اشار الي عملية تقييم خدمات التأهيل ايضاً ، خبراء التربية الخاصة ، أو ما يعرف بالتأهيل التربوي ، والتأهيل المهني من أمثال كل من جاك تيزارد J. Tizard وكينث هاملتون K. Hamilton [١٩] ، بهدف تحليل الخدمات التي تقدم بالفعل ، وتقييمها

، والعمل علي زيادة فاعليتها ومستوياتها ، والتعرف علي درجات الاخفاق والنجاح لاحداث التغير المستمر ، في السياسات والبرامج ، وهذا ينطبق علي جميع انواع عمليات التأهيل المختلفة التي تقدم للمعوقين .

وعلي أيه حال ، سوف نحاول حاليا ، ان نتعرف علي أهم نتائج الدراسة الميدانية التي طبقت علي مؤسسات رعاية المعوقين ومعرفة المؤشرات والمعالجات الاحصائية ، التي ترتبط بعملية تقييم هذه المؤسسات حتي يمكن تحقيق الأهداف العامة ، والفروض الاساسية ، التي طرحتها الدراسة مسبقاً ، ومحاولة اختبارها في ضوء هذه المؤشرات الواقعية والميدانية . وفي اطار عملية التقييم لمستويات التأهيل بين المؤسسات التي تقوم بتقديمها ، سوف نركز علي نقطتين اساسيتين هما:

أولا : طبيعة الأداء الوظيفي والمهني Professional & Functional Prefor-mance للعاملين بمؤسسات رعاية المعوقين وباعتبار ان العاملين ، من أهم مدخلات Inputs عمليات التأهيل ، ويعد تحليل مستويات مثل الخبرة ، والتخصص ، وطريقة الالتحاق بالعمل ، والرغبة أو الاشباع المهني ، من أهم المستويات التحليلية التي يمكن التعرف عليها ، لتحديد واقعية الاداء الوظيفي والمهني لديهم .

ثانيا : تقييم نوعية الخدمات Qualites of Services ، التي تقدم للمعوقين باعتبارهم من أهم مخرجات Outputs عملية التأهيل التي تؤديها مؤسسات ومراكز الرعاية .

(أ) تقييم طبيعة الاداء الوظيفي والمهني للعاملين:

اشرنا فيما سبق الي اهمية التعرف علي طبيعة الاداء الوظيفي والمهني للعاملين ، في مؤسسات رعاية المعوقين والتي اجري عليها الجانب الميداني للدراسة، وكيف أن عملية تقييم هذه المستويات تعتبر من أهم الاهداف الرئيسية ، التي ركزت

عليها الدراسة منذ البداية . نظراً ، لأهمية العاملين ، باعتبارهم الموارد البشرية Human Resources ، التي تخدم عمليات التأهيل ، وتعتبر أهم مكونات مدخلاتها الاساسية .

وانطلاقا من ذلك ، كشفت استجابات العاملين حول سؤال الدراسة عن مدة خبرتهم في مجال رعاية المعوقين حالياً ، فجاءت هذه الاستجابات كما يلي : (١) أقل من عامين ٧ر ٢٢ ٪ ، (٢) ٢ / ٥ سنوات ٣ر ٢٧ ٪ ، (٣) من ٥ / ١٠ سنوات ٣ر ١٣ ٪ ، (٤) من ١٠ سنوات فأكثر ٧ر٣٦ ٪ . (انظر جدول رقم (٧) للعاملين). كما اشارت غالبية العينة ٣ر ٩١ ٪ أنهم لا يقيمون في المؤسسات والمراكز التي يعملون بها ، في مقابل ٧ر ٨ ٪ ، اشار بالايجاب (جدول رقم (٨) للعاملين) . أما عن طريق التحاقهم بالعمل ، فلقد انقسمت استجاباتهم الي ثلاثه أنواع توضح ذلك وهي: (١) عن طريق الاعلان ٢٦ ٪ ، (٢) بدون الاعلان (مثل الاعارات والتعيين المباشر) ٥١ ٪ ، (٣) عن طريق التطوع ٧ر ٢٢ ٪ . وعن مدي ارتباط نوعية عملهم الحالي بالأعمال السابقة التي كانوا يعملون بها قبل إلتحاقهم بمؤسسات ومراكز المعوقين ، فلقد اشارت أكثر من (نصف) العينة وبالتحديد ٧ر ٥٢ ٪ انهم كانوا يزاولون نفس العمل الحالي . في حين أجابت ١٠ ٪ من العينة انهم كانوا يقومون بأعمال قريبة من أعمالهم الحالية ، كما وضح ٣ر ٧ ٪ بأن أعمالهم السابقة مختلفة تماماً عن أعمالهم الحالية ، وأخيراً اجابت نسبة ٣ر ٢٩ ٪ من أفراد العينة بأن لم يكن لديهم أعمال سابقة ، (انظر جداول رقم (٩) و (١٠) للعاملين) .

وبعد معرفة التحليلات الاحصائية حول الخبرة ونوعية الأعمال وطرق الألتحاق بمؤسسات العمل ، حرصت الدراسة علي معرفة العلاقة بين نوعية الاعمال المهنية المختلفة التي يقوم بها افراد العينة ، ووجود الرغبة منذ البداية للقيام بوظائفهم الحالية ، والكشف عن متغيرات الأشباع الوظيفي والمهني ، أو ما يعرف باشباع المهنة " Job Satisfaction ". وفي الواقع ، عبرت غالبية العاملين ٧ر٨٨٪

من أفراد العينة بالإيجاب ، حيث كانت لديهم رغبة منذ البداية للالتحاق بأعمالهم الحالية ، في مقابل ٣ر ١١ ٪ فقط اجابوا سلبيا ، وعدم وجود رغبة اساسية للقيام بأعمالهم الحالية (انظر جدول رقم (١١) للعاملين) .

أما عن الاسباب التي تعكس رغبة عينة البحث من العاملين والذين كان لديهم ، استعداد للعمل بوظائفهم الحالية ، فكانت استجاباتهم علي النحو التالي : (١) العمل في مجال المعوقين واجب انساني ٦٨ ٪ ، (٢) لطبيعة التخصص والخبرة ٣ر ٥٥ ٪ ، (٣) الرغبة في التعرف علي رعاية المعوقين ٧ر ٥٢ ٪ ، (٤) طبيعة العمل الحالي غير مختلف عن الأعمال السابقة ٣ر ٣١ ٪ ، وأخيراً (٥) لصعوبة الحصول علي عمل آخر ٣٣ر ٩ ٪ . ومن ناحية أخري ، اشارت استجابات بعض عينة البحث من العاملين ، الذين ابدوا عدم رغبتهم للألتحاق بالعمل في وظائفهم الحالية بمؤسسات رعاية المعوقين ، بأن من أهم اسباب عدم الرغبة ما يلي : (١) عدم وجود خبرة ٣ر ٧ ٪ ، (٢) الخوف من تصرفات المعوقين ٧ر ٦ ٪ ، (٣) صعوبة العمل في هذا المجال ٧ر ٤ ٪ ، (٤) عدم وجود القدرات الجسمية والنفسية ٣ر ٣٪، (٥) بعد العمل عن المسكن ٧ر ٪ . (انظر جداول رقم (١٢) و (١٣) للعاملين) .

وتأكيداً علي معرفة مؤشرات الاشباع المهني والوظيفي لدي العاملين بعد فترة من العمل في وظائفهم الحالية ، طرحت الدراسة سؤالا يكشف عن مدي وجوه رغبات لدي العاملين في ترك أعمالهم الحالية في حالة توافر فرص أخري للعمل في مجالات أخري غير مؤسسات رعاية المعوقين . فجاءت غالبية استجابات عينة البحث من العاملين بعدم موافقتها وبنسبة ٣ر ٧٨ ٪ أو عدم ترك أعمالهم الحالية ، في مقابل أبدت ٧ر ١٢ ٪ رغبتها وموافقتها بترك أعمالهم الحالية اذا توافرت فرص أخري بديلة للعمل . أما عن أهم الأسباب التي توضح الموافقة في الأستمرارية في العمل . فجاءت حسب استجابات عينة البحث من العاملين علي النحو التالي : (١) العمل في مجال المعوقين عملاً انسانياً ٧ر ٦٨ ٪ ، (٢) الشعور بالرضا النفسي ٧ر٥٨ ٪ ، (٣) الرغبة في تقديم الخبرة ٣ر ٣٧ ٪ ، (٤) التعود علي العمل الحالي

٣٢ ٪ ، (٥) التمسك باصدقاء وزملاء العمل ٢٠ ٪ ، (٦) العمل الحالي مريح جداً ، (٧) لتحقيق الكسب المادي ، (٨) عدم وجود مسئولية محددة (وذلك بنسب ١٦ ٪ ٣ر ٩ ٪ ، ٧ر ٤ ٪ علي التوالي) ، (انظر جداول رقم (١٣) ، (١٤) ، (١٥ للعاملين) .

كما حرصت الدراسة علي معرفة أهم الشروط التي يجب توافرها للعمل مجال رعاية المعوقين ، مما يعكس ذلك العديد من المتغيرات الهامة ، التي طبيعة الاشباع المهني والوظيفي وكيفية تقييم مستويات الخدمة والرعاية للمعوقين فلقد جاءت أهم هذه الشروط كما عبرت عنها عينة البحث من العاملين (كما يشير الي ذلك جدول رقم (١٦)) : (١) حب العمل ٩٠ ٪ ، (٢) الخبرة ٨٤ ٪ ، (٣) الاستعداد للعمل مع المعوقين ٣ر ٨٣ ٪ ، (٤) الأحساس بالمسئولية ٧ر ٨٢ ٪ ، (٥) قوة التحمل والصبر ٣ر ٧٩ ٪ ، (٦) التخصص ٧٤ ٪ ، (٧) الاتزان النفسي ٣ر٧٣٪ ، (٨) التدريب ٣ر ٧١ ٪ ، (٩) الشهادات ٣ر ٥٣ ٪ وأخيراً (١٠) القوة البدنية ٣٤ ٪ .

وعلاوة علي ذلك ، رأي الباحث ضرورة التحقق من وجهة نظر العاملين وسؤالهم نحو المعوقين ورعايتهم كفئة اجتماعية غير قادرة في المجتمع ، وخاصة وأن العاملين والمسئولين ، هم أقرب الفئات المتخصصة التي تقوم بتقديم انماط الرعاية والتأهيل ، كما يعكس وجهات نظرهم (العاملين درجة اشباعهم الوظيفي والمهني ، ويكشف عن مستويات الاداء والأنجاز في العمل . فجاءت استجاباتهم ، (كما يوضح ذلك جدول رقم (١٧) للعاملين) علي النحو التالي : (١) ضرورة تأهيل المعوقين وتشغيلهم ٣٣ر ٩٥ ٪ ، (٢) الا يجب عزل المعوقين عن المجتمع ٣ر٩٣٪ ، (٣) فئة غير قادرة ويجب مساعدتها كثيراً ٨٤ ٪ ، (٤) يجب الاهتمام بهم ورعايتهم ٣ر ٨٢ ٪ ، (٥) ضرورة رعاية اسر المعوقين ٣ر ٧٧ ٪ ، (٦) يجب ان يتحمل المعوقين القضاء والقدر ٣ر ٣٩ ٪ ، (٧) المعوقين مرضي كغيرهم من المرضي ، (٨) المعوقون من ضحايا المجتمع ، (٩) المعوقون فئة لا أمل فيها اجتماعياً ، وجاءت

نسبة هذه الاسباب (٨ ٪ ، ٧ر ٢ ٪ ، ٢ ٪ علي التوالي).

أما أهم مجالات الخبرة الحالية ، التي يقوم بها عينة البحث من العاملين في مؤسسات رعاية المعوقين التي اجريت عليها الدراسة ، فهي كما يشير اليها (جدول رقم (٢٤) للعاملين) : (١) الصم والبكم ٣ر ٥٧ ٪ ، (٢) المتخلفون عقليا ٣ر ٣١ ٪ ، (٣) المعاقون نفسياً وعقلياً ٧ر ٣٠ ٪ ، (٤) المعاقون حركياً (الشلل) ٣ر ١٥ ٪ ، (٥) متعددو الاعاقات ٧ر ٢ ٪ ، (٦) المكفوفون ٢ ٪ . ومن الملاحظ هنا ، ان المجالات الأخيرة تعتبر قليلة جداً ، ولا تتوافر فيها الخبرات الازمة ، كما ان معظم المؤسسات لا تستقبل هذه الحالات المعاقة وهذا ما سوف نشير اليه في ملاحظاتنا العامة في هذا الموضوع .

كما تعتبر الادوات والاختبارات المستخدمة ، احدي الوسائل الهامة ، التي توضح مدي انعكاس واقعية الأنجاز الوظيفي والمهني علي خدمات المعوقين ورعايتهم . فلقد طرحت الدراسة سؤالا يكشف عن أهم هذه الادوات والأختبارات ، التي يقوم العاملون باستخدامها في مجالات عملهم ، فلقد أقتصرت استجابتهم علي الأدوات والأختبارات التالية : أولا ، استخدام استمارات الفحص الطبي ، استمارات البحث الاجتماعي ، وطلبات الألتحاق (وذلك بنسب ٧ر ٩٦ ٪ ، ٣ر ٨٩ ٪ ، ٣ر ٧٥ ٪ علي التوالي) ثانيا ، استخدام اختبارات سكافنوربينة للذكاء ، واختبار روكسلر للأطفال والراشدين (وذلك بنسب ٧ر ٨ ٪ ، ٢ ٪ علي التوالي) ثانيا : لم تشر استجابات المعوقين نهائياً الي استخدام أي من الاختبارات الهامة مثل : اختبار رسم الرجل ، متاهات بورتيوس ، الذكاء المصور ، مقاييس النضج الانفعالي ، مقاييس السلوك التوافقي (انظر جدول رقم (٢٥) للعاملين) . وهذا يعد احد العناصر السلبيه في خدمات رعاية المعوقين ، وخاصة من ناحية استخدام الأختبارات النفسية التي تكاد تكون غير موجودة أو معترف بها في هذا المؤسسات، مما يشير الي أثار غير ايجابية لخدمات التأهيل النفسي . وهذا ما سوف نشير اليه فيما بعد .

وفي إطار تحليلنا لأهم عناصر وعمليات الأداء الوظيفي والمهني للعاملين
إلي جانب المتغيرات السابقة والتي شملت ، الخبرة ، والتخصص ، والرغبة في العمل ، وكيفية الإلتحاق به ، توجد بعض المتغيرات الهامة ، التي يمكن الإعتماد عليها في تقييم عمليات الأداء الوظيفي والمهني لعينة الدراسة من العاملين ، مثل الإعداد والتدريب المستمر حول طبيعة رعاية المعوقين ، والتي لها آثار متعددة علي عمليات التأهيل ومستويات خدمات الرعاية بصورة عامة .

من هذا المنطلق ، طرحت الدراسة تساؤلاً مؤداه ، هل حصل العاملون من عينة البحث علي بعثات دراسية أو دورات تدريبية خارجية بعد إلتحاقهم بالعمل أو قبله مباشرة فجاءت آراء الغالبية منهم (٨٨٪) بالسلب ، في مقابل ١٢٪ أجابوا بصورة إيجابية أما عن أماكن هذه البعثات والدورات التدريبية التي تلقتها بالفعل هذه الفئة الأخيرة ، فجاءت موزعة بين الدول العربية والأجنبية (وذلك بنسب ١٠٪ ، ٢٪ علي التوالي) وتمثل هذه النسبة الأخيرة (حالتين فقط) . كما اقتصرت طول هذه الفترات الدراسية والتدريبية كما يلي : (١) أقل من ثلاثة شهور ٣ر٥٪ ، (٢) ٣/٦ شهور ٣ر٣٪ ، (٣) ٦/١٢ شهر ٣٣ر١٪ (أي حالتين فقط) وأخيراً من سنة / سنتين ٢٪ (ثلاث حالات) . كما كانت أهم موضوعات تلك الدورات علي النحو التالي :
(١) تأهيل وعلاج المعوقين ٣ر٧٪ ، (٢) موضوعات عامة حول الإعاقة والمعوقين ٦٪ ، (٣) رعاية المعوقين نفسياً وإجتماعياً ٣٣ر٥٪ ، وأخيراً موضوعات إكتشاف الإعاقة وأسبابها ، ورعاية أسر المعوقين ، وتشغيل المعوقين وذلك بنسب (٢٪ ، ٢٪ ، ٢٪ علي التوالي) (انظر جداول رقم (٢٦) ، (٢٧) ، (٢٩) العاملين) .

أما عن مدي إشتراك العاملين من عينة البحث في دورات تدريبية داخل السلطنة بعد إلتحاقهم بالعمل في مؤسساتهم الحالية ، فجاءت معظم آرائهم بالسلب

٨٨٫٧٪ ، في مقابل ١١٫٣٪ أشارت بالإيجاب . أو مدي إشتراكهم في مؤتمرات أو ندوات محلية أو خارجية ، ترتبط بمجال رعاية المعوقين وإهتماماتهم المهنية الحالية ، فأشارت الغالبية العظمي منهم (٩٦٪) بالسلب ، في مقابل فقط (٤٪) يمثلون (٦ حالات) جاءت إيجاباتهم بصورة إيجابية . (انظر جداول رقم (٣٠) و (٣١) للعاملين).

ومن ناحية أخري ، اهتمت الدراسة بالتعرف علي أهم المجالات التخصصية والعلمية ، التي حصل عليها العاملون سواء في فتراتهم الدراسية أو التدريبية ، قبل أو بعد إلتحاقهم بمؤسسات رعاية المعوقين . فكانت إستجاباتهم علي النحو التالي كما يشير إلي ذلك (جدول رقم (٣٢) للعاملين) : (١) التخلف العقلي ٣٥٫٣٪ ، (٢) الصحة النفسية ٢٥٫٣٪ ، (٣) إضطرابات الشخصية ١٧٫٣٪ ، (٤) علم النفس الإكلينيكي ، والقياس النفسي (١٢٪ ، ١٢٪ علي التوالي) ، (٥) الطب النفسي الإجتماعي ٨٪ ، (٦) الطب النفسي ٦٫٧٪ ، (٧) علم إجتماع المؤسسات ، والخدمة الإجتماعية ، وعلم الإجتماع الطبي وذلك بنسب (٤٪ ، ٤٪ ، ١٫٣٪ علي التوالي) .

وبعد تحليل أهم المعالجات الإحصائية ، التي تتعلق بطبيعة الأداء الوظيفي والمهني لعينة البحث من العاملين ، تسعي حالياً بإلقاء بعض الملاحظات العامة ، والتي يمكن إستنتاجها من خلال المؤشرات التالية :

أولاً : بالنسبة لمدة الخبرة ، عكست أكثر من نصف إستجابات العينة بأن لديها فترة خبرة لاتقل عن خمس سنوات تقريباً ، وهذا يعد مؤشراً قوياً لهذه الفئة من العاملين ، وأثارها الإيجابية علي تقديم خدمات الرعاية للمعوقين . في نفس الوقت ، نجد النسبة الباقية والتي تقل قليلاً عن (نصف) أفراد العينة ، أشارت إلي أن مدة خبرتها تقل عن خمس سنوات . وإن كنا

نلاحظ ، أن حوالي (٧ر٢٢٪) من حجم العينة ، مدة خبراتها تقل عن عامين . وجاءت معظم هذه النسبة في بعض المراكز والمؤسسات الخيرية الأهلية مثل "صلالة " ، و" بدبد " ، وهي مؤسسات حديثة النشأة في طبيعتها ، وإن كانت معظم خدمات هذه المراكز تعتبر من المراكز (النهارية) المحدودة ، وهذا لايؤثر بصورة سلبية علي خدماتها وتحقيق أهدافها الأساسية من خدمة المعوقين في مجتمعاتهم المحلية .

ثانياً : طبيعة الإلتحاق في العمل ، أشارت معظم إستجابات العاملين أن طريقة إلتحاقهم بالعمل ، جاءت عن طريق الإعلان أو بالتعيين المباشر ، وهذا يعكس نظام العمل بالسلطنة عموماً ، سواء عن طريق الإعارات خاصة بالنسبة لمدارس التربية الخاصة ، أما التعيين المباشر بالنسبة للمستشفيات . كما أشارت تقريباً (٢٢٪) من عينة البحث أنها التحقت بالمؤسسات عن طريق التطوع ، وذلك في المراكز الأهلية والخيرية . وفي نفس الوقت ، نجد أن أكثر من (ثلثي) العينة من العاملين ترتبط أعمالهم الحالية بالمؤسسات ، بنفس أعمالهم السابقة أو قريبة منها ، في حين أشار (الثلث) الآخر ، بأن أعمالهم كانت مختلفة ولم يكن لديهم أعمال سابقة. ويعتبر ذلك ، مؤشراً هاماً يعكس طبيعة الإسهام في مجال العمل لنسبة كبيرة من العاملين حالياً .

ثالثاً : الرغبة في العمل وتحقيق الإشباع المهني : يتضح من المعالجات الإحصائية التي أشارت إليها عينة البحث من العاملين ، أن غالبيتهم كانت لديهم الرغبة في العمل منذ البداية في مجال المعوقين ، مما يعكس نوعاً من الإشباع المهني والوظيفي ويساعد علي تحقيق الإنجاز والفاعلية في العمل . وإن كانت قد عبرت (نسبة قليلة) عن مظاهر عدم الرغبة الأولية ،

وعدم وجود الإشباع الوظيفي والمهني لديهم نتيجة لعوامل مثل : عدم وجود الخبرة ، والتخصص ، وعدم وجود فرص للعمل . كما يلاحظ أن نسبة كبيرة من هذه المجموعة الأخيرة ، جاءت من بعض المراكز والمؤسسات الأهلية ، وخاصة أن أعداداً كبيرة منهم تلتحق بالعمل التطوعي لحين توافر فرص عمل بديلة لهم .

رابعاً : طبيعة العمل ومتطلباته الأساسية ، تعكس إستجابات العاملين مدي تصورهم حول أهم الشروط ، التي يجب توافرها للعامل في مجال رعاية المعوقين. وجاءت معظمها لتعبر عن الكثير من مظاهر الإشباع المهني الغالبية منهم مثل ، حب العمل ، والخبرة ، والإحساس بالمسئولية ، وقوة التحمل والصبر ، ولإيمانهم بأهمية العمل الإنساني في هذا المجال بصفة عامة . وهذا مايعكس في الوقت ذاته ، أراء العاملين حول المعوقين كفئة إجتماعية ، حيث أشارت معظم إستجاباتهم علي ضرورة الإهتمام بهم وتأهيلهم وتشغيلهم ورعاية أسرهم ، ولايجب عزلهم بعيداً عن المجتمع . وبإيجاز ، هذا يوضح مدي الإستعداد للعمل وتقديم الخدمات للمعوقين ، ويكشف عن الكثير من المتغيرات التي تدعم عمليات الإشباع المهني والوظيفي .

خامساً : نوعية الخبرات المهنية والتخصصية الموجودة : يلاحظ بصورة نسبية ، أن عدداً من التخصصات العلاجية والمهنية التأهيلية في مجال المعوقين متوافرة بالفعل ، كما يظهر ذلك بوضوح مجال التأهيل التربوي في مدارس المعوقين ، ورعاية الصم والبكم علي سبيل المثال . ولكن يلاحظ أيضاً ، وبكل أسف بعض التخصصات الهامة في مجال المعوقين تكاد تكون نادرة ، وغير موجودة ، مثل تخصصات متعددو الإعاقات

والمكفوفين، والمعاقين عقلياً ونفسياً ، وهذا يؤثر بصورة سلبية كبيرة علي نفس هذه المؤسسات .

سادساً : طبيعة الأدوات والإختبارات المستخدمة : يلاحظ من خلال الإستنتاجات الإحصائية ، أن نوعية هذه الأدوات تكاد تقتصر علي الإجراءات الروتينية البسيطة مثل إستمارات الإلتحاق ، والكشف الطبي علي سبيل المثال . ولايكاد يوجد أي أثر أو إعتراف بطبيعة إسهامات علم النفس أو علم النفس الإجتماعي في مجال رعاية المعوقين ، فلم تستخدم بصورة ملحوظة ، الإختبارات والمقاييس السيكولوجية ، التي يشيع إستخدامها في مجال رعاية المعوقين ومؤسساتهم المختلفة ، والتي تسهم في عمليات التصنيف والإعاقات ، وتقديم خدمات الرعاية لهم . وهذا قد ظهر بصورة أكثر وضوحاً في مستشفي (ابن سينا) للأمراض النفسية والعقلية ، وإعتبارها من المستشفيات التخصصية ، التي تتعامل مع قطاع كبير من المعوقين ، حيث لايوجد أي أثر لإستخدام الإختبارات النفسية ، أو مايعرف بالإختبارات السوسيوسيكوباتية علي الإطلاق ، وتعكس مقابلات الباحث الميدانية مع المسئولين والعاملين في هذا المستشفي ، عن الكثير من مظاهر الخلل الإداري والمهني الشامل نتيجة لسوء الإدارة بها ، وإعتمادها علي القيادات الإدارية غير الوطنية (الآسيوية) ، علي خلاف مستشفيات أخري ، مثل النهضة وخولة ، التي تتمتع بالكثير من مظاهر التنظيم الإداري والمهني الحديث ، والإحساس بالمسئولية ومراعاة مصالح المعوقين ، نظراً لوجود بعض القيادات الوطنية الطبية . [٢٠]

سابعاً : الإعداد والتدريب ، عكست المعالجات الإحصائية السابقة حول الإعداد

والتدريب ، أن هناك قصوراً واضحاً في مجال تدريب العاملين في كافة المؤسسات بدون إستثناء ، اللهم بعض الدورات التدريبية القليلة التي حظي بها بعض الأفراد من عينة البحث . حقيقة ، أن مجال رعاية المعوقين يعتبر من المجالات الهامة ، والتي تتطور بصورة سريعة ، نتيجة لتطور عالم التأهيل والرعاية ، والتكنولوجيا الطبية والعلاجية وغيرها . ولكن من الملاحظ عموماً ، علي مؤسسات الدراسة الحالية ، أنها تحتاج بصورة عامة ، لعمليات التدريب والإعداد للعاملين لتحسين مستوياتهم الوظيفية والمهنية وتقديم خدمات تأهيلية أفضل للمعوقين .

وبإيجاز ، تلك هي أهم مظاهر الأداء الوظيفي والمهني للعاملين من عينة البحث والدراسة ، والتي كشفت عن الكثير من المتغيرات التي تتداخل بها مما يؤثر علي عملية تقييمها بصورة عامة . إلا أن هذه التحليلات ، عكست الكثير من نوعية الأداء الوظيفي والمهني لدي العاملين ، والتي تعتبر جزءاً هاماً وحيوياً عند تقييم عمليات التأهيل ومؤسسات الرعاية ، وهذا ماسوف نكمله حالياً عند تقييم نوعية الخدمات التي تؤديها هذا المؤسسات والعاملين بها .

(ب) تقييم نوعية خدمات الرعاية :

عكست نتائج الدراسة الميدانية علي مؤسسات ومراكز المعوقين ، عن الكثير من المؤشرات الإيجابية والسلبية حول طبيعة الأداء الوظيفي والمهني للعاملين بهذه المؤسسات . وترتبط عملية التقييم بنوعية الخدمات التي يقوم بتقديمها العاملون بمؤسساتهم المختلفة . حقيقة ، يوجد نوع من التباين بين أنماط هذه المؤسسات سواء أكانت مدارس تربوية خاصة ، أو مراكز تأهيلية تعليمية ، أم مستشفيات علاجية عامة ومتخصصة . ولكن بالرغم من ذلك ، سعت الدراسة للكشف عن نوعية الخدمات ، التي تقدمها هذه المؤسسات للفئات المعاقة التي تتعامل معها . محاولة ،

أن تتعرف علي المظاهر الإيجابية والسلبية وطبيعة النقص في الخدمات ، التي توجد في هذه المؤسسات من الناحية الواقعية .

علاوة علي ذلك ، أن الهدف الأساسي من عملية تحليل وتقييم طبيعة الخدمات، التي تقدم بالفعل في هذه المؤسسات ، يعد أحد الأهداف الرئيسية للدراسة ، والتي كرست لتحقيقها منذ البداية ، وذلك من أجل تحسين مستويات فاعليتها وكفاءتها ، بعد التعرف علي أهم الصعوبات والمعوقات ، التي تحد من هذه الفاعلية والكفاءة .

وإنطلاقاً من أهداف الدراسة الأساسية ، ونتائج تحليل التراث في دراسة التنظيمات والمؤسسات شاملة أو متخصصة للمعوقين ، بقدر ماجاءت معظمها لدراسة مستشفيات علاجية . مثل دراسة كيرترايت Cartwright علي بعض المرضي في عدد من المستشفيات ، وقياس مستويات الرضا العام ، وتحليل نوعية الخدمات التي تقدم إليهم أثناء إقاماتهم بها . كما كشفت دراسات أخري مثل دراسة ماكجهي McGhee علي أهمية الأخذ في الإعتبار بإستجابات المرضي حول نوعية الخدمات، التي تقدم إليهم في المستشفيات وتقييمها [٢١] .

وعلي أية حال ، إن دراسة وتحليل آراء المستفيدين من الخدمات ، التي تقدم إليهم ، تعتبر ذات أهمية أساسية في عمليات تقييم مؤسسات رعاية المعوقين ، ومعرفة العلاقة بين مايعرف بالمدخلات والمخرجات Inputs - Outputs . وخاصة ، وأن المعوقين يعتبرون المستفيدون وحدهم من هذه المدخلات التنظيمية ، كما أن جميع أهداف هذه المؤسسات والمراكز موجهة عموماً لرعايتهم وتأهيلهم .

وتعكس إستجابات المبحوثين من المعوقين وأسرهم [٢٢] ، عن طبيعة الخدمات، التي تقدم إليهم في مؤسسات الرعاية المختلفة ، وذلك بعد تصنيف هذه الخدمات ،

وتحديد مستوياتها بين أربع مستويات محددة وهي : جيدة ، ومتوسطة ، وغير مناسبة، ولاتوجد . وهذا مايكشف عنه (جدول رقم (٢٩) للمعوقين) ، حيث أشارت إستجابات المعوقين : (١) بالنسبة للخدمات التأهيلية الطبية والعلاجية : جاءت تقريباً (نصف) هذه الإستجابات ، معبرة عن مدي رضاها العام حول هذه الخدمات ، وأن مستوي هذه الخدمات (جيدة) وذلك بنسبة ٥٤٪ ، في حين أشارت ٣٦ر٤٪ بأنها (متوسطة) . كما رأت نسبة ضئيلة ٢ر٥٪ بأن مستوي الخدمات الطبية (غير مناسبة)، بالإضافة إلي ٨ر٢٪ من جملة هذه الآراء ، عبرت عن طبيعة هذه الخدمات (غير موجودة) .

وبالرغم من أهمية هذه المؤشرات الإيجابية ، والتي تعكس عن مدي وصف هذه الخدمات بأنها (جيدة) ، إلا أن أكثر من (ثلث) أفراد العينة مازالت غير راضية تماماً، عن نوعية هذه الخدمات ، ورأت أنها متوسطة . كما تعكس وجهات نظر بعض أفراد العينة أن هذه الخدمات بين (غير مناسبة) و (غير موجودة) وهي نسبة تصل إلي ٨٪ من إجمالي حجم العينة ، ويعد وجهة نظرها ذات أهمية خاصة ، عند عملية تقييم الخدمات العلاجية ، وتدني مستويات الرضا العام نحوها .

علاوة علي ذلك ، تكشف المعطيات الإحصائية علي مستوي القطاعات المختلفة للمؤسسات ، أن نسبة كبيرة من أفراد العينة ، وخاصة في مراكز التأهيل الأهلية مثل (بدبد) ، و (صلالة) مازالت غير راضية علي مستويات الخدمات الطبية والعلاجية بها . بالإضافة إلي ذلك ، نجد في قطاع المستشفيات ، وخاصة مستشفي (ابن سينا) ، أن نسبة عالية من المعوقين ، أشارت بأن نوعية الخدمات العلاجية التي يتلقونها رديئة وغير مناسبة . مما يعكس ذلك بعض المظاهر السلبية علي أهم عناصر التأهيل للمعوقين وهو التأهيل الطبي أو العلاجي .

(٢) الخدمات التأهيلية النفسية . كشفت أراء المبحوثين عن طبيعة الخدمات التأهيلية النفسية حسب المستويات الأربعة وهي : جيدة ٨ر١٦٪ ، ومتوسطة ٥ر٢٥٪ ، وغير مناسبة ٦ر٢٥٪ ، ولاتوجد ٦ر٢١٪ وذلك علي مستوي الإجمالي لعينة البحث . ويلاحظ علي هذه النسب ، مدي عدم الرضا العام للغالبية من المبحوثين ، حيث لم تبد إلا أقل من (ثلث) العينة رضاها . حيث جاءت إستجاباتهم بين جيدة ومتوسطة . في حين أشارت أكثر من (نصف) العينة بأن الخدمات النفسية مابين غير مناسبة أو ملائمة أو غير موجودة علي الإطلاق .

كما يلاحظ أيضاً ، علي مستوي القطاعات التنظيمية لمؤسسات المعوقين ، أن معظم الإستجابات الإيجابية كان مصدرها قطاع المدارس ومركز الخدمة للمعوقين ، في حين مازالت المراكز الأهلية تحتاج للمزيد من الإهتمام بالرعاية النفسية . أما قطاع المستشفيات ، فجاءت الغالبية من أراء المعوقين غير راضية تماماً عن الجانب التأهيلي النفسي ، ولاسيما مستشفي (ابن سينا) للأمراض العقلية والنفسية ، التي لم تشر إستجابات المعوقين بها (٨ر٥٪) بين جيدة ومتوسطة لنوعية هذه الخدمات، في حين عبرت معظم الإستجابات عن عدم رضاها التام حول مايتلقوه بالفعل من خدمات نفسية . وهذا ما كشفت عنه بالفعل نتائج المقابلات الحرة للدراسة ، ومـا أيدته أيضاً عينة البحث من العاملين أنفسهم بهذا المستشفي (انظر جدول رقم (٢٥) للعاملين) .

(٣) الخدمات التأهيلية الإجتماعية . توضح تقريباً (ثلثي) إستجابات المبحوثين أن هذا النوع من الخدمات التأهيلية بين (جيدة) و (متوسطة) ، في مقابل (الثلث) لم يشعر بالرضا أو القبول لنوعية هذه الخدمات ، والتي جاءت أرائهم موزعة مابين (غير مناسبة) و (غير موجودة) وذلك (بنسب ٢ر٧٪ ، ٨ر٢٢٪ علي التوالي) . وتعكس هذه الإستجابات بعض الآراء المتناقضة بين القطاعات والمؤسسات المختلفة للدراسة . فنجد علي سبيل المثال ، أن غالبية أراء قطاع

المدارس والمراكز التأهيلية الحكومية والأهلية لديها نوع من الرضا العام حول نوعية الخدمات التأهيلية الإجتماعية ، اللهم بعض الآراء التي ظهرت في قطاع المراكز الأهلية الحديثة ، رأت أن هذه الخدمات مازالت (غير مناسبة) . أما قطاع المستشفيات ، فلقد انعكست إستجابات عينة البحث منه بصورة شبة غير راضية أو مقتنعة بنوعية هذه الرعاية ماعدا المستشفي السلطاني ، الذي اهتم بتقديم بعض هذه الخدمات في بعض الأقسام العلاجية في السنوات الأخيرة . (٢٣)

(٤) الخدمات التأهيلية المهنية . يكشف هذا النوع من التأهيل ، عن أهمية بالغة نحو عمليات التأهيل الشامل للمعوقين ، من أجل تشغيلهم وتوفير فرص عمل مناسبة تدير عليهم دخلاً مادياً ملائماً . ويسهم بصورة عامة في الكثير من الإشباع النفسي والإستقلال والإعتماد علي الذات بالنسبة للمعوقين وأسرهم . وفي الواقع ، عكست تقريباً (نصف) أفراد العينة من المبحوثين أن نوعية هذه الخدمات مابين (جيدة ومتوسطة) وذلك (بنسب ١٨٪ ، ٤ر٣٦٪ علي التوالي) . في مقابل رأي (النصف) الآخر من العينة ، أن طبيعة الخدمات التأهيلية المهنية ، تعتبر (غير مناسبة) و (غير موجودة) وذلك (بنسب ٨ر١٦٪ ، ٣٨٪ علي التوالي) . ومن ثم ، يمكن القول ، بالرغم من وجود نوع من المؤشرات الإيجابية ودرجات من الرضا العام ، إلا أن (نصف) أفراد العينة مازالوا غير راضين عن هذه الخدمات . كما جاء الكثير من هذه الآراء علي مستوي جميع المؤسسات والمراكز التي أجريت عليها الدراسة ، وإن كنا نلاحظ بوجود هذه الخدمات نسبياً في المراكز الحكومية ، وعدم توافرها في المراكز الأهلية أو الخيرية وقطاع المستشفيات .

(٥) خدمات الأجهزة التعويضية والصناعية ، حقيقة أن توافر هذا النوع من الخدمات يخدم العديد من أنواع التأهيل المختلفة ، مثل الطبية العلاجية والمهنية علي

سبيل المثال . وتكشف إستجابات عينة المبحوثين عن وجود عجز شديد ، في هذا النوع من الخدمات . فلقد أشارت فقط (٦ر٢١٪) بأن هذه الخدمات تتحدد مستوياتها بين (جيدة) و (متوسطة) . في حين رأت نسبة كبيرة من أفراد العينة بأن تلك الخدمات موزعة بين مستويات (غير مناسبة) و (غير موجودة) وذلك (بنسب ٨ر٢٠٪ ، ٦ر٥٣٪ علي التوالي) .

ومن الملاحظ علي هذه النسب ، أن قطاعاً كبيراً من أفراد العينة مازال يعاني من عدم توافر الأجهزة التعويضية والصناعية ، التي تعتبر من الأدوات الأساسية والتي تسهم في التخفيف من أعباء الحياة ومشكلاتها ، ولاسيما مرضي الإعاقات الحركية . وتبرهن هذه الملاحظات علي بعض الحقائق الهامة ، التي حصل عليها الباحث من بعض المسئولين والعاملين ، خاصة في قطاع المستشفيات ولاسيما المستشفيات التي تستقبل حالات الحوادث وبالذات حوادث المرور مثل " خولة " و "النهضة" علي سبيل المثال . فلقد كشفت مقابلات الدراسة ، عن وجود عجز شديد في الأجهزة التعويضية والصناعية ، نتيجة لتزايد حوادث المرور وكثرة عدد الأفراد ، اللذين يحتاجون إلي مثل هذه الأجهزة . وحقيقة ، لقد أشرنا سابقاً ، إلي بعض الإحصاءات العامة عن حوادث المرور بالسلطنة والتي يوجد بها أعلي معدلات حوادث المرور مثل غيرها من الدول الخليجية الأخري .

(٦) الخدمات الإدارية . تعتبر الخدمات الإدارية من الخدمات المساعدة ، الهامة التي تسهم في التخفيف من معاناة المعوقين في مؤسساتهم المختلفة . وفي الواقع ، لقد عبرت الغالبية من إستجابات عينة البحث من المعوقين ، بأن لديهم نوع من الرضا العام ، حول هذا النوع من الخدمات حيث أشارت نسبة ٨ر٦٢٪ ، بأن هذه الخدمات جيدة ومناسبة . في حين رأت نسبة ٤ر٢٢٪ بأن هذه الخدمات غير مناسبة . ويلاحظ ، أن غالبية هذه النسبة الأخيرة ، والتي عبرت عن عدم رضاها عن

الخدمات الإدارية ، جاءت من مستشفي (ابن سينا) وحدها ، نظراً لوجود العديد من مظاهر الخلل الإداري بهذه المستشفي ، والذي ينعكس علي الكثير من خدماتها وتحقيق أهدافها العامة نتيجة لسوء الإدارة كما أشرنا إلي ذلك من قبل .

(٧) الخدمات الثقافية . عبرت إستجابات المبحوثين من المعوقين عن وجود بعض مظاهر للخدمات الثقافية ، حيث أشارت بعض الآراء أن نوعية هذه الخدمات تتحدد مابين (جيدة) و (متوسطة) وذلك (بنسب ٢ر١٣٪ ، ٤ر٥٢٪ علي التوالي) . ولكن كشفت مجموعة كبيرة من آراء العينة عن عدم وجود هذه الخدمات نهائياً ، وخاصة في قطاع المستشفيات ، كما جاءت بعض هذه الآراء من المراكز الأهلية .

(٨) الخدمات الرياضية . يوضح هذا النوع من الخدمات ، بالإضافة إلي الخدمات الثقافية الأخري ، مظاهر الإهتمام بالعناصر الثقافية والترفيهية في مجال رعاية المعوقين ، ومدي إنعكاساتها علي التأهيل النفسي والإجتماعي لديهم . وبصورة عامة، أشارت نسبة ٨ر٢٦٪ بأن هذه الخدمات موزعة مابين جيدة ومتوسطة. ولقد جاءت هذه النسبة كلية من قطاع المدارس ، بالإضافة إلي المراكز التأهيلية الحكومية والأهلية . كما عبرت نسبة ٨ر٤١٪ من أفراد العينة ، بأن هذه الخدمات لا وجود لها علي الإطلاق وخاصة في قطاع المستشفيات . ومن ثم ، نجد الكثير من المظاهر السلبية التي تؤثر علي الجو النفسي والإجتماعي خاصة في هذا القطاع ، والتي عبرت عنه غالبية أفراد عينة البحث . وهذا ، يعكس في الوقت ذاته ، تصورات العديد من المعوقين وأسرهم وأسباب عزوفهم عن عدم الإلتحاق ببعض مؤسسات المعوقين ، لأنها ماهي إلا مؤسسات إيواء فقط ، تهدف إلي عزل المعوقين عن المجتمع وهذا ما يلاحظ علي سبيل المثال في مستشفي ابن سينا (انظر جداول رقم (٢٧) و (٢٨) للمعوقين) .

(٩) خدمات التشغيل والمتابعة : يعد تقييم هذه الخدمات من أهم عمليات تقييم جميع الخدمات التأهيلية ، التي تقدم للمعوقين بصفة عامة . وهذا ما تؤيده تأكيدات خبراء التأهيل والمهتمين بالمعوقين كما أشرنا إلي ذلك بالفعل . وفي حقيقة الأمر ، إن خدمات التشغيل والمتابعة ، لا وجود لها علي الإطلاق ، كما كشفت عنها نتائج الدراسة الميدانية ، وعبرت عن ذلك إستجابات عينة المبحوثين وذلك بنسبة (٩٥٪) كما توجد بعض إهتمامات للمسئولين في وزارة الشئون الإجتماعية لمتابعة حالات فردية لتشغيل المعوقين والسعي لتشغيلهم في بعض الوزارات الحكومية .

حقيقة ، أن غياب سياسة عامة للإهتمام بالمعوقين من شأنه أن يؤثر علي جميع عمليات التأهيل ، والمخرجات الأساسية لرعاية المعوقين ، ولايحقق الأهداف العامة ، التي كرست من أجلها عمليات التأهيل ، أو إنشاء مؤسسات لرعاية المعوقين. ومن ثم ، فإن الحاجة ماسة لوضع إستراتيجية قومية لتأهيل وتشغيل المعوقين ومتابعتهم في المؤسسات الحكومية والخاصة . كما أنه لابد وأن يأخذ في عين الإعتبار ، ضرورة تطبيق القوانين والتشريعات التي وضعتها الدولة منذ عام ١٩٧٣ ، بشأن تأهيل وتشغيل المعوقين بالسلطنة ، وذلك في إطار قوانين العمل الرسمية .

(١٠) خدمات النقليات : بالرغم من الصعوبات التي تواجه مؤسسات رعاية المعوقين بالسلطة ، إلا أن الكثير من المؤسسات الحكومية والأهلية ، تسعي لتوفير المواصلات اللازمة للمعوقين بقدر الإمكان . ولقد أشارت في ذلك بالفعل نسبة كبيرة من المبحوثين المعوقين وتقدر بحوالي (ثلثي) العينة . إلا أن بعض الأفراد منهم مازالوا يشكون من عدم توافر هذه الخدمات وخاصة في قطاع المستشفيات .

وأخيراً ، وبعد هذا العرض التحليلي لأهم الخدمات التي تقدم للمعوقين في مؤسسات ومراكز الرعاية التي طبقت عليها الدراسة الميدانية . غير أن هناك الكثير من المؤشرات الإيجابية والسلبية ، التي ترتبط بواقع الخدمات الفعلية التي تقدم للمعوقين . وبالطبع ، أن هذه المظاهر بنوعيها تسهم في عمليات تقييم هذه الخدمات

من أجل تحسين مستوياتها وتقديمها بصورة أفضل للمعوقين في إطار عملية إدماجهم بالمجتمع . ولكن توجد بعض الصعوبات والمعوقات التي تسهم في كشف المزيد من الحقائق الواقعية ، التي ترتبط بعملية تأهيل ورعاية المعوقين وهذا ماسوف نهتم به حالياً .

(٥) مشكلات ومعوقات عمليات التأهيل والعمل بمؤسسات المعوقين :

كشفت تحليلات الدراسة وشواهدها الواقعية عند تقييم عمليات التأهيل ومؤسسات رعاية المعوقين ، أن هناك الكثير من الجوانب المتداخلة ، التي تشكل طبيعة التأهيل ، ونوعية الخدمات التي تقوم بها هذه المؤسسات . كما عكست عملية التقييم العديد من الفوائد الهامة ، والتي يمكن علي ضوئها إجراء التعديلات والتغييرات البنائية التنظيمية والوظيفية التي تتكون منها عمليات التأهيل نفسها . ومن ثم ، هدفت الدراسة إلي تحليل العلاقة بين كل من مدخلات – ومخرجات Inputs - Outputs ، لعملية التأهيل ورعاية المعوقين وذلك من الناحية الواقعية والنظرية .

ولكن عند تحليل عملية تقييم خدمات التأهيل ونوعية العمل بمؤسسات ومراكز المعوقين ، يجب أن نأخذ في الإعتبار توحد مجموعة من العوامل والمؤثرات الداخلية والخارجية ، التي تحد من نوعية الكفاءة والفاعلية ، ودور هذه المؤسسات والعاملين بها من تأدية أهدافها الأساسية . حقيقة ، كما يؤكد علي ذلك معظم علماء إجتماع التنظيم ، وخاصة أصحاب مداخل الانساق المفتوحة Open Systems Perspectives ، أن مؤسسات الرعاية الإجتماعية مثل غيرها من التنظيمات الإجتماعية الأخري ، التي تتشكل أهدافها وسياستها ، في ضوء المؤثرات والعوامل البيئية الخارجية . لأنها تعتبر بمثابة انساق فرعية Sub - systems ، تابعة للنسق الأكبر الخارجي ، وهو المجتمع الذي توجد فيه .

وعلي أية حال ، وفي إطار إهتمام الدراسة الحالية ، التعرف علي أهم المشكلات والصعوبات ، التي تواجه مؤسسات ومراكز المعوقين ، التي أجريت عليها الدراسة الميدانية . ونحاول فيما يلي أن نشير إلي أهم المشاكل والمعوقات ، التي تؤثر علي عملية التأهيل والعمل بمؤسسات المعوقين ، والتي يمكن إيجازها إلي مجموعتين من المشاكل والمعوقات وهي :

أولاً : المعوقات الداخلية : وتتضمن مشكلتين أساسيتين هما :

(أ) مشكلة العجز في التخصصات المهنية والفنية .

(ب) مشكلة النقص في التجهيزات والمعدات اللازمة لعمليات التأهيل .

ثانياً : المعوقات الخارجية : وتشير إلي عدد من المشكلات الفرعية من أهمها :

(جـ) مشكلة التعاون بين أسر المعوقين ومؤسساتهم .

(د) مشكلة التشغيل والمتابعة .

(هـ) بعض المشكلات الأخري .

وقبل أن نشير إلي أهم المؤشرات والنتائج الإحصائية ، التي كشفت عنها الدراسة الميدانية ، حول هذه المشكلات ، يجب أن نوضح حقيقة هامة مؤداها: أنه ليس من السهل الفصل بين هذه الأنماط وطبيعة المشاكل ونتائجها المختلفة ، علي عمليات التأهيل ونوعية الخدمات ، وتحقيق أهداف مؤسسات المعوقين . فجميع هذه المشاكل تؤثر كل منها بصورة مباشرة وغير مباشرة ، علي مخرجات وأهداف عمليات وسياسات رعاية المعوقين .

(أ) مشكلة العجز في التخصصات المهنية والفنية :

سعت الدراسة التأكد من واقعية أهم التخصصات المهنية والإدارية والفنية التي تحتاجها بالفعل مؤسسات ومراكز المعوقين التي أجريت عليها الدراسة ، ومدي تأثيرها علي نوعية الأداء المهني العاملين بها . ولقد أشارت غالبية إستجابات عينة البحث من العاملين والمسئولين وبنسبة ٣ر٩٥٪ ، بأنه لديها نقص واضح في التخصصات الضرورية والمساعدة ، في مقابل ٧ر٤٪ رأت أنه ليس لديها نقص في هذه التخصصات . أما عن أهم التخصصات المهنية والفنية الضرورية ، التي يوجد بها عجز في مؤسسات ومراكز المعوقين فهي كما يلي :(١) أخصائيو التأهيل المهني والتوجيه التربوي ٩٦٪ ، (٢) أخصائيو التأهيل النفسي ٩٠٪ ، (٣) أخصائيو التأهيل الإجتماعي ٨٨٪ ، (٤) أخصائيو العلاج الطبيعي والرياضي ٨٦٪ ، (٥) الأطباء ٣ر٨٥٪ ، (٦) المدربون الفنيون ٧ر٧٠٪ ، (٨) نقص الكوادر العمالية ٦٦٪ (انظر جداول رقم (٢٧) ، (٢٨) العاملين) .

ومن الملاحظ ، علي هذه النسب السابقة والمتعلقة بالعجز في الكوادر المهنية والفنية المتخصصة في مجال رعاية المعوقين ، وجود بعض الشواهد علي مستوي القطاعات والمؤسسات المختلفة .

– قطاع الدراسة التربوية : يعاني من نقص واضح في التخصصات النفسية والإجتماعية ذات الأهمية في عمليات التأهيل اللازمة للمعوقين ، بالإضافة إلي أخصائي التأهيل والتوجيه التربوي ، والمدربين المتخصصين .

– قطاع المراكز التأهيلية : نجد أن المركز الأهلية التطوعية تعاني من نقص شديد في كافة التخصصات السابقة ، نظراً لحداثتها من جهة ، وقلة عدد المتطوعين المتخصصين ، وعدم توافرهم من جهة أخري / علاوة علي ذلك ، زيادة الطلب من المعوقين للإلتحاق بهذه المراكز التأهيلية ، بسبب وجودها في المناطق

الريفية ، والتي يلاحظ أن بها تزايد نسبي من المعوقين كما أشارت من قبل نتائج الدراسة. أما مركز الخوض الحكومي ، فمازال يحتاج إلي بعض التخصصات المهنية والفنية المتخصصة ، مثل أخصائي التأهيل والتوجيه التربوي ، والمدربين المهنيين . خاصة وأن هناك ضغطاً ملحوظاً علي المركز باعتباره الوحيد المتخصص في بعض الإعاقات . هذا بالإضافة ، إلي وجود توسعات كبيرة يجري إتخاذها الآن، لتطوير مستويات الخدمة التأهيلية والمهنية للمعوقين .

- قطاع المستشفيات : بالنسبة للمستشفيات العلاجية العامة (السلطاني والنهضة ، وخولة) ، تعاني من نقص في تخصصات التأهيل النفسي والإجتماعي، والطبيعي وأيضاً الأطباء. أما مستشفي (ابن سينا) التخصصي للأمراض النفسية والعقلية ، فإنه يعاني من نقص واضح وملموس في كافة التخصصات الفنئة والمهنية السابقة ، خدمات التأهيل النفسي والإجتماعي والتربوي وغيرها ، مما يؤثر عموماً علي مستوي الكفاءة والفاعلية والأداء المهني والوظيفي للمستشفي بصفة عامة ، وعدم قدرتها علي مواجهة إحتياجات المعوقين والمرضي العقليين والنفسيين ، سواء في العيادات الخارجية أو الداخلية بالمستشفي .

(ب) مشكلة النقص في التجهيزات والمعدات اللازمة لعمليات التاهيل :

تعد هذه المشكلة إحدي المشكلات التي تواجه مؤسسات ومراكز رعاية المعوقين وخاصة الحديثة نسبياً منها ، والتي أنشئت مؤخراً بالسلطنة . فلقد كشفت ، إستجابات عينة البحث من العاملين والمسئولين ، عن وجود نقص واضح في التجهيزات والمعدات اللازمة والتي تتطلبها عمليات التأهيل ، وجاءت تلك الإستجابات بنسبة ٩٦٪ بالإيجاب ، في مقابل ٤٪ فقط لم تشر لوجود نقص في قدرة التجهيزات . أما عن أهم عناصر النقص في هذه التجهيزات والمعدات ، فكانت كما يلي : (١) المعامل والمختبرات ٧ر٨٨٪ ، (٢) قاعات الإختبارات والإجتماعات ٧ر٨٤٪ ، (٣)

قاعات التأهيل والتدريب ٣ر٨٣٪ ، (٤) المباني والمنشآت العامة ٨٢٪ ، (٥) أجهزة العلاج الطبيعي والرياضي ٣ر٧٥٪ ، (٦) ورش التدريب المهني ، والخامات اللازمة للتدريب وذلك بنسب (٥٢٪ ، ٣ر٣٢٪ علي التوالي) (انظر جدول رقم (٣٩)و(٤٠)).

وتكشف هذه المعطيات الإحصائية السابقة ، عن بعض المؤشرات علي مستوي القطاعات والمؤسسات العامة للمعوقين ، ويمكن إيجازها في بعض الملاحظات التالية:

– قطاع المدارس : تعاني مدرستي " الأمل ، والفكرية" ، من نقص ملحوظ في المباني والمنشآت عامة ، وقاعات التدريب والتأهيل ومعامل الإختبارات النفسية ، والخامات اللازمة لعمليات التدريب . وذلك حسب ماتتطلبه العملية التربوية ، والتي تحتاج إلي فصول دراسية كبيرة ومتعددة ، تسمح بوضع المستويات والفئات المعاقة، حسب قدراتها وإمكاناتها ، الجسمانية والعقلية ، لتحقيق أهداف العمليات التأهيلية والتربوية لهم .

– قطاع المراكز التأهيلية : أولاً : بالنسبة للمراكز الأهلية ، كما أشرنا سابقاً إن هذه المراكز حديثة النشأة وتمت معظمها بالجهود الذاتية التطوعية ، ولكنها تعاني من نقص واضح في المباني والمنشآت وقاعات التدريب والتأهيل والورش والأجهزة التعويضية والطبيعية والرياضية . كما أن أعداد المعوقين تتزايد بصورة طردية سنوياً ، وأصبحت هذه المراكز غير قادرة علي مواجهة تلك الأعداد ، مما يجعلها تعتذر عن قبول معظم الحالات التي تتقدم إليها . أما المركز الحكومي (الخوض) ، فإنه بحاجة أيضاً ، إلي بعض الورش التدريبية ، وقاعات للتدريب والتأهيل والمعامل والمختبرات والأجهزة الفنية اللازمة ، وإن كان يجري حالياً بعض التوسعات في المنشآت والمباني ، لزيادة الطاقة الإستيعابية للمركز بصورة عامة .

- **قطاع المستشفيات** : من الملاحظ علي هذا القطاع ، وجود تفاوت نسبي بين مستشفياته المختلفة ، ولاسيما " المستشفي السلطاني " التي تتميز بالتجهيزات العلاجية الطبيعية والتأهيلية المتخصصة ، والمباني والمنشآت الحديثة ، ولكنها مازالت تنقصها بعض المعامل والمختبرات التأهيلية اللازمة . أما بقية المستشفيات الأخري ، فأنها تعاني من نقص كبير وواضح في منشآتها العامة ، وعدم توافر الأجهزة التعويضية والعلاجية وخاصة في أقسام الحوادث في كل من مستشفي (خولة والنهضة) علي سبيل المثال . أما مستشفي (ابن سينا) فيحتاج إلي المزيد من المنشآت العامة ، والمعامل والمختبرات النفسية ، اللازمة لرعاية وعلاج المعوقين ، خاصة ولأنها مزدحمة جداً بالمرضي المقيمين أو المترددين علي عياداتها الخارجية ، مما يؤثر علي مستويات فاعليتها وأدائها التنظيمي .

(جـ) مشكلة التعاون بين أسر المعوقين ومؤسساتهم :

كشفت الشواهد الأمبيريقية للدراسة ، أن هذه المشكلة من المشكلات الهامة ، التي تواجه عمليات التأهيل في مؤسسات رعاية المعوقين التي أجريت عليها الدراسة الميدانية . خاصة ، وأن عملية التأهيل تشمل مجموعة من الأنواع المختلفة للتأهيل ولاسيما التأهيل النفسي ، والإجتماعي ، الذي يؤثر بصورة مباشرة ، علي عمليات التكيف ، والتوافق التربوي والمهني للمعوقين . ولقد أشرنا فيما سبق ، أن تحليل تراث مشكلة المعوقين يوضح الكثير من نتائج الدراسات الإجتماعية والنفسية والبيئية الأيكولوجية ، والتي تؤكد علي أهمية العلاقة المتبادلة والإيجابية بين أسر المعوقين، ومؤسسات رعايتهم وتأهيلهم .

وفي حقيقة الأمر ، إهتمت الدراسة بتحليل أبعاد ومظاهر التعاون بين أسر المعوقين والمؤسسات ، التي يعالجون أو يؤهلون فيها تربوياً ومهنياً وصحياً . وجاء هذا الإهتمام ، عن طريق التعرف علي إستجابات كل من المعوقين وأسرهم من ناحية، والعاملين والمسئولين في المؤسسات من ناحية أخري ، حول أوجه هذا التعاون

أو أسباب عدم وجوده . وبسؤال عينة كبيرة من المعوقين وأسرهم عن مدي وجود تعاون فعلي بينهم وبين المؤسسات ، فجاءت نسبة كبيرة من آرائهم لتعبر عن ذلك بصورة إيجابية ٧١٫٢٪ ، في حين أشارت نسبة ٢٨٫٨٪ منهم بعدم وجود هذا التعاون (انظر جدول رقم (٣٠) للمعوقين) .

أما عن أهم أوجه التعاون بين أسر المعوقين ومؤسسات رعايتهم ، فقد تمثلت في المظاهر التالية : (١) مواظبة الأسر علي الإتصال بالمؤسسات ٥٢٪ ، (٢) زيارة الأخصائي الإجتماعي للأسرة ٢٤٫٨٪ ، (٣) دراسة حالات الأسرة إجتماعياً ونفسياً ٩٫٦٪ ، (٤) تقديم مساعدات مالية للأسرة ، وإرشادات صحية وثقافية بنسبة (٤٪ ، ١٫٦٪ علي التوالي) . كما أشارت بعض آراء أسر المعوقين عن أهم أسباب عدم التعاون بينهم وبين المؤسسات ومن أهمها : (١) الإنشغال بمطالب الحياة ٢٠٫٤٪ ، (٢) إعتماد الأسرة كلية علي المؤسسة ١٩٫٦٪ ، (٣) بعد السكن عن المؤسسة ١٨٪ ، (٤) صعوبة المواصلات ١٣٫٢٪ (انظر جداول رقم (٣١) ، (٣٢) ، (٣٣) للمعوقين) .

وفي الواقع ، أن تلك المعطيات الإحصائية ، تعكس نسبة كبيرة منها بمؤشرات إيجابية للتعاون بين أسر المعوقين ومؤسسات رعايتهم . ولكن بالرغم من ذلك ، نجد أن نسبة كبيرة من أفراد المعوقين أشارت لعدم وجود هذا التعاون ، والتي تؤثر بصورة سلبية علي عمليات التأهيل النفسي والإجتماعي للمعوقين . ولقد تبلورت هذه المشكلة في إستجابات العاملين والمسئولين ، واعتبرتها نسبة كبيرة منهم ، بأن كثير من أسر المعوقين لا تعط إهتماماً ملحوظاً ، بزيارة أبنائهم ومرضاهم لفترات طويلة ، مما يؤثر ذلك علي التكيف النفسي والإجتماعي للمعوقين في المؤسسات . وأصبحت مشكلة عدم التعاون لأسر المعوقين مع المؤسسات ، من إحدي المشكلات الخارجية ، التي عبر عنها العاملون بالفعل ، كما أشارت إستجاباتهم علي ذلك وبنسبة ٨٩٫٣٪ (انظر جدول رقم (٤٢) للعاملين) .

وفي نفس الوقت ، نلاحظ أن أسباب عدم وجود تعاون بين أسر المعوقين ، يظهر نتيجة لعدم توافر أخصائيين نفسيين وإجتماعيين في الكثير من هذه المؤسسات بما لا يؤثر بصورة مباشرة علي إستقطاب أسر المعوقين ، وجعلهم طرفاً هاماً في عمليات العلاج والتأهيل النفسي والإجتماعي للمعوقين . خاصة ، وأن كثيراً من هذه الأسرة تعاني من عزلة إجتماعية ونفسية أيضاً ، تحرص علي عمليات إخفاء المرض وأسباب الإعاقة ، نتيجة للمؤثرات القيمية والعادات والتقاليد والمراكز الإجتماعية . علاوة علي ذلك ، أن معظم عينة البحث من المعوقين ، أشارت أن هذه الفئة تنتمي إلي فئات إجتماعية محدوده ، أو متواضعة الدخل والوسط الإجتماعي ، وتعيش في ظروف إجتماعية وإقتصادية غير مناسبة . مما يجعلها ، تعزف عن عدم الإهتمام بزيارة مرضاهم ، والتعاون مع مؤسسات رعايتهم ، بالإضافة إلي ظروف المواصلات والطبيعة الجغرافية لمناطق السلطنة ، التي تتميز بالمسافات الشاسعة والبعيدة .

(د) مشكلة التشغيل والمتابعة :

يري خبراء التأهيل المهني والتربوي والإجتماعي للمعوقين ، أن عملية التشغيل والمتابعة ، تعتبر من العمليات الأساسية التي تكشف عن جميع مخرجات عملية التأهيل الشاملة . خاصة ، وأن عمليات التأهيل ومتطلبها من مدخلات متعددة تهدف عموماً ، للسعي لتعليم المعوقين مهناً معينة ، يجدون منها مورداً للعمل والرزق ، وتحقيق نوع من الإستقلال والإعتماد علي الذات للمعوقين علاوة علي ذلك، أن عملية التشغيل والمتابعة تعتبر أولي الخطوات الفعلية لدمج المعوقين في المجتمع، ولاسيما بعد أن استفادت الكثير من دول العالم ، بتشغيل نسب كبيرة منهم ، كما أظهر المعوقون إستعداداً طيباً لتعلم العديد من المهـن والحرف التي يحتاجها المجتمع بالفعل .

ومن هذا المنطلق ، حرصت الدراسة للتعرف علي مدي واقعية مشكلة التشغيل والمتابعة ، في إطار تقييم سياسات الرعاية الإجتماعية والتأهيلية للمعوقين . فلقد

كشفت عينة الدراسة من العاملين والمسئولين ، أن مشكلة التشغيل والمتابعة ، تعتبر من أهم المشكلات التي تواجه المعوقين ، بعد تأهيلهم بصورة عامة . ولقد عبرت عينة البحث من العاملين ، أن طبيعة الإعاقة والمعوقين ، الذين يتعاملون معهم تستلزم فترات معينة لتأهيل وتشغيل الخريجين ، كما يشير إلي ذلك (جداول رقم (٣٣) و (٣٤) للعاملين) ، حيث حددت تلك الفترات علي النحو التالي : (١) أقل من سنة ٣ر١٠٪ ، (٢) سنة / سنتين ٧ر٢٦٪ ، (٣) سنتين / ثلاث سنوات ٢٨٪ ، (٤) ثلاثة سنوات فأكثر ٧ر١٠٪ . أما عن الجهات المسئولة عن تشغيل المعوقين ، بعد تأهيلهم بالسلطنة ، حسب رأي العاملين والمسئولين من عينة البحث ، فجاءت علي النحو التالي : (١) وزارة الخدمة المدنية ٣ر٨٩٪ ، (٢) وزارة الشئون الإجتماعية والعمل ٣ر١٩٪ ، (٣) المديرية العامة للتدريب المهني والعمل ٧ر٨٦٪ .

وفي الواقع ، هناك مجموعة من الصعوبات التي تواجه عملية تشغيل المعوقين بعد تأهيلهم ، وتزيد من أبعاد هذه المشكلة ومن أهمها ، كما كشفت عن ذلك إستجابات عينة البحث من العاملين والمسئولين : (١) رفض أصحاب العمل تشغيل المعوقين ٦٤٪ ، (٢) الخوف من تشغيل المعوقين ٧ر٦٢٪ ، (٣) عدم تطبيق قانون العمل ٧ر٥٨٪ ، (٤) عدم توافر فرص للعمل ٣ر٤٧٪ ، (٥) عدم وجود هيئات لتشغيل المعوقين ٣ر٤١٪ ، (٦) مشكلة النقل والمواصلات ٣٨٪ ، (٧) نقص الرواتب ، عدم تدريب المعوقين علي مهن يحتاجها السوق المحلي ، تشغيل المعوقين في مهن أخري غير التي تأهلوا لها وذلك (بنسب ٣٠٪ ، ٣ر١٧٪ ، ٦٪ علي التوالي) (انظر جدول رقم (٣٥) للعاملين) .

وفي نفس الوقت ، عبرت إستجابات عينة البحث من العاملين والمسئولين ، عن وجود عدد من المشكلات والصعوبات التي تواجه الخريجين من المعوقين ، بعد تشغيلهم بالفعل في أعمالهم ومن أهمها كما يشير إلي ذلك (جدول رقم (٣٧) للعاملين): (١) صعوبة توافر وسيلة المواصلات الخاصة بالمعوقين ٤٠٪ ، (٢) عدم

إستمرار المعوقين في العمل ٣٨٪ ، (٣) عدم وجود مساكن قريبة للمعوقين من العمل ٣٦٫٧٪ ، (٤) كثرة التغيب والأجازات ٢٩٫٣٪ ، (٥) التأخير عن مواعيد العمل ٢٧٫٣٪ ، (٦) عدم القيام بالأعمال المطلوبة ٢٤٪ ، (٧) عدم الإلتزام بأداء العمل ٢٦٫٣٪ ، (٨) إثارة المشكلات في العمل ١٢٪ .

وفي الحقيقة ، تكشف هذه البيانات الإحصائية السابقة ، عن عدد من المؤشرات الهامة التي تتعلق بمشكلة التشغيل والمتابعة ، حسب ما كشفت عنها نتائج الدراسة الميدانية ، خاصة وأن عملية تفسير هذه المشكلة ، تتداخل معها الكثير من المشاكل والظروف المجتمعية الأخري ، والتي توضح طبيعة الوعي الإجتماعي بالإعاقة والمعوقين ، ومدي الإستعداد في تقبل هذه الفئة ، والعمل علي إدماجها في عمليات التنمية . حقيقة ، أن كثيراً من النفقات والتكاليف تنفق في مجال رعاية المعوقين ، ومن ثم يجب العمل علي إستثمارها والتي تتمثل في العائد المنتج لها من الخريجين ، الذين يعتبرون عموماً أهم إستثمار لعملية التأهيل بصفة عامة .

حقيقة ، أن للسلطنة ظروفها الخاصة وإحتياجاتها للقوي العاملة وإعتمادها كثيراً حتي الآن علي العمالة الوافدة ، ولايمكن أن تكون الجهود المبذولة في قطاع المعوقين والذي يشكل ١٠٪ من مجموع السكان ، بدون عائد أو إستثمار ، يفيد في عمليات التنمية وخاصة في مجال الموارد البشرية . وكما كشفت مقابلات الباحث مع عدد من المعوقين الخريجين ، إنهم بالفعل حصلوا علي مجالات عمل مناسبة ويقومون بأداء أعمالهم بصورة مناسبة ، ولكن هناك العديد من المشكلات التي أشرنا لها فيما سبق ، وتواجه عملية تشغيل المعوقين ، ومن أهم أسباب حدوثها ، عدم تطبيق قوانين العمل بصورة فعلية ، وغياب التعاون بين المؤسسات والقطاع الحكومي والخاص ، نحو تشغيل المعوقين والإستفادة منهم والعمل علي إدماجهم في المجتمع .

(د) بعض المشكلات الأخري :

كشفت تحليلات الدراسة الميدانية ، عن وجود عدد أخر من المشكلات ، التي مازالت تواجه عمليات تأهيل ورعاية المعوقين ، وتؤدي هذه المشكلات لنتائج عكسية وغير إيجابية نحو علاج هذه المشكلة أو المعوقين ، أو التخفيف من الآثار النفسية والإجتماعية التي يعانون منها مع أسرهم . ولقد حرصت الدراسة ، علي أن تكشف بعض الجوانب الأخري للمعوقات والصعوبات ، التي تواجه مؤسسات رعاية المعوقين. وحسب ما أشارت إليه إستجابات العاملين والمسئولين ، عن أهم هذه المشكلات التي يمكن تناولها كما يلي وحسب مايشير إليها (جداول رقم (٤٠) و (٤١) للعاملين) :

١ - مشكلة التعاون بين المؤسسات والقطاعات الرسمية والإجتماعية : وتعبر هذه المشكلة عن وجود كثير من عناصر عدم التنسيق والتعاون بين أجهزة الدولة وقطاعاتها المختلفة في مجال رعاية المعوقين ، وهذا بالفعل ما أكدت عليه إستجابات عينة البحث وذلك بنسبة ٨٦٪ . وتعكس آثار هذه المشكلة العديد من النتائج السلبية علي رعاية المعوقين ، أو تأهيلهم أو تشغيلهم بصورة فعالة .

وفي الواقع ، نلاحظ في السنوات الأخيرة ، بعض الإهتمامات النسبية في مجال رعاية المعوقين ، ووجود نوع من البوادر الإيجابية للإهتمام ببعض المؤسسات والقطاعات بمشكلة رعاية المعوقين . إلا أن تلك الإهتمامات ، مازالت طفيفة للغاية ولا تتناسب ، مع أهمية حجم هذه المشكلة وآثارها السلبية ، علي كل من المجتمع والمعوقين معاً .

٢ - مشكلة نقص الوعي الإجتماعي العام حول الإعاقة والمعوقين . تعد حقيقة ، هذه المشكلة من المشكلات الأساسية التي تؤثر علي المعوقين بصورة عامة . ولقد كشفت معظم إستجابات العاملين والمسئولين في مجال رعاية المعوقين علي ذلك بنسبة ٣ر٩٠٪ . وأن غياب الوعي الإجتماعي العام حول المعوقين ، يؤدي إلي زيادة

أسباب الإعاقة في المجتمع ، وعدم إدراك النتائج السلبية من حدوث الإصابة أو العجز . كما ترجع أسباب عدم وجود الوعي ، إلي قلة الإهتمام بالنواحي الصحية والثقافية ، التي تتعلق بحدوث الإعاقات أو الحد منها ، ووجود النظرة المتدنية إلي المعوقين في بعض الأحيان ، وتفسير مشاكلهم بالتفسيرات الخرافية والأسطورية مثل السحر والشعوذة وغيرها .

وبالطبع ، إن عمليات التأثير علي الوعي العام نحو الإعاقة والمعوقين ، يجب تكريس الجهود لها أولاً من خلال عمليات التنشئة الإجتماعية ، وإستخدام جميع مؤسسات التعليم ووسائل الإتصال والإعلام ، للعمل علي تغيير وتحديث العادات والتقاليد ، وزيادة الوعي الصحي والإجتماعي والثقافي ، والعمل علي تطوير نسق القيم والأفكار ، والإتجاهات العامة ، نحو رعاية المعوقين وغيرهم من الفئات غير القادرة إجتماعياً . ويعد ذلك ، أهم الخطوات الأساسية ، نحو تحقيق الولاء والإنتماء، وزيادة روح التضامن والتماسك الإجتماعي .

- ٣ - مشكلة زيادة الطلب وعدم إستيعاب جميع المعوقين المتقدمين إلي المؤسسات : عكست نسبة كبيرة (٨٩٫٣٪) من آراء العاملين والمسئولين من عينة البحث ، عن وجود مشكلة عدم إستيعاب جميع المتقدمين من المعوقين إلي المؤسسات لرعايتهم وتأهيلهم ، نظراً للزيادة المطردة في عدد السكان من ناحية ، وتزايد أعداد المعوقين وأسباب الإعاقة من ناحية أخري . وتؤكد ذلك ، المقابلات الحرة للباحث مع عدد من المسئولين والعاملين في مؤسسات رعاية المعوقين الحكومية والأهلية . فنجد علي سبيل المثال [٢٥] ، عدد المتقدمين سنوياً إلي مركز المعوقين بالحكومة يصل إلي أكثر من خمسة إلي ستة أضعاف عدد المقبولين منهم سنوياً ، والذين لايزيدون عن ٦٥ معاقاً في العام ، نظراً للطاقة الإستيعابية للمركز نفسه ، والتي تقتصر أيضاً علي علاج وتأهيل بعض الحالات المعاقة مثل الإعاقات السمعية والحركية فقط .

وهذا ينطبق أيضاً علي مركز (بدبد) للمعوقين وغيره ، وزيادة الأعداد السنوية من المتقدمين للإلتحاق بهذه المراكز ، خاصة ، بعد زيادة الوعي الإجتماعي ، ومعرفة أسر المعوقين بالخدمات التي تقوم بها هذه المراكز ، بدلاً من إهمال المعوقين في المنازل وبدون رعاية تذكر . هذا بالإضافة ، إلي أن هذه المراكز الأهلية تسهم في عمليات الرعاية الطبية والعلاجية والإجتماعية في المناطق المحلية ، التي يتعذر فيها توافر خدمات المعوقين .

٤ - مشكلة نقص الموارد المالية ، أشارت تقريباً (ثلاثة أرباع) عينة البحث من العاملين ، بوجود نقص في الموارد المالية المخصصة لمؤسسات رعاية المعوقين . مما يؤثر ذلك بصورة سلبية علي خدمات الرعاية والتأهيل ، ولقد ظهر ذلك بدون إستثناء في جميع القطاعات الثلاثة التي شملتها الدراسة . كما يلاحظ في نفس الوقت ، أن المراكز الأهلية تعاني من نقص في مواردها المالية ، وخاصة نتيجة لتواضع المساهمات الأهلية ، وقلة الوعي الإجتماعي ، بدور هذه المؤسسات في المجتمع . ولكن في بعض الأحيان ، تساهم الدولة بتخصيص بعض المبالغ السنوية المشجعة لهذه المؤسسات ، مثال ذلك مركز بدبد في السنوات الأخيرة .

وأخيراً ، تلك أهم المشكلات والمعوقات ، التي كشفت عنها نتائج الدراسة الميدانية ، علي مؤسسات ومراكز المعوقين ، والتي توضح الكثير من آثار هذه المشكلات ، علي عمليات التأهيل ورعاية المعوقين ، وتحد من مستويات الكفاءة والفاعلية بها . الأمر ، الذي يجب أن تيخذ في عين الاعتبار عند عملية تقييم هذه الخدمات ، وكيفية تطويرها وتحديثها ، من أجل الحصول علي خدمات تأهيلية أفضل للمعوقين .

(٦) وسائل التخطيط وتطوير خدمات ومؤسسات رعاية المعوقين :

كشف تحليل تراث مشكلة المعوقين ، عن أهمية وجود إستراتيجيات للتخطيط لرعاية المعوقين ، كما ارتبطت هذه الإستراتيجيات بأبعاد التنمية الشاملة وخاصة في مجتمعات العالم الثالث . وهذا بالفعل ، ما عبر عنه علماء التربية والإجتماع والسياسة الإجتماعية وخبراء المنظمات العالمية ، وغيرهم من المهتمين بتطوير خدمات ومؤسسات رعاية المعوقين (٢٦) . ولقد تركزت معظم تلك الآراء حول أهمية وضع سياسات قومية شاملة لرعاية المعوقين ، بهدف إدماجهم في عمليات التنمية ، وتحقيق نوع من الولاء والإنتماء والتضامن الإجتماعي ، وهذا ما أكده بالفعل العديد من علماء الإجتماع عند تناولهم قضايا ومشكلات المجتمع الحديث .

حقيقة ، توجد مجموعة من المشكلات التي تواجه سياسات الرعاية الإجتماعية للفئات غير القادرة مثل المعوقين في الدول النامية . ولكن تعتبر عملية التخطيط الإجتماعي والعلمي لرسم سياسات واضحة ، من شأنها أن تتغلب علي تلك الصعوبات وتذليلها لرفع مستويات الرعاية وخدمة المعوقين وتحقيق الأهداف العامة، التي وضعت من قبل مؤسساتها ومراكزها المختلفة . ومن هذا المنطلق ، كرست الكثير من إهتمامات بعض سياسات دولة العالم الثالث ، نحو تبني الأسلوب العلمي في التخطيط لتطوير خدمات ومؤسسات رعاية المعوقين بها ، خاصة بعد أن عكست المؤشرات الإحصائية العالمية ، عن تزايد حجم المعوقين ، وتعدد الآثار والنتائج المترتبة عليها .

ولقد كشفت نتائج دراستنا الحالية ، عن الكثير من الشواهد الواقعية والميدانية، تصدر من مؤسسات ومراكز المعوقين بسلطنة عمان باعتبارها إحدي الدول النامية ، التي تسعي جاهدة للإهتمام بمشكلة المعوقين . كما سعت الدراسة ، لتقييم نوعية الخدمات والمؤسسات التي تقوم بتقديم خدمات المعوقين بها ، وذلك بهدف التعرف علي أهم الصعوبات والمشاكل التي تواجه تلك المؤسسات في تأدية خدماتها

بصورة أفضل . علاة علي ذلك ، أن أهداف عملية تقييم خدمات التأهيل المختلفة ، تساعد علي إحداث التغير المستمر في السياسات الإجتماعية الراهنة ، وتوجيهها لتقدير الحاجات ووضع البدائل والأولويات ، في مجال خدمات ورعاية المعوقين .

وفي الواقع ، سوف نحاول فيما يلي ، أن نعرض لبعض التصورات والأفكار العامة عن وسائل التخطيط وتطوير خدمات رعاية المعوقين في السلطنة ، وذلك في ضوء ماكشفت عنه مؤشرات الدراسة الميدانية وإستجابات عينة البحث لكل من العاملين والمسئولين والمعوقين في نفس الوقت . وذلك بهدف إستكمال عملية تقييم خدمات الرعاية ، وتحقيق أهدافها الأساسية ، من أجل تطوير الحالة الراهنة في مؤسسات ومراكز الدراسة الحالية .

ولقد كشفت إستجابات عينة البحث من المعوقين ، عن أهم الخدمات التي يجب التخطيط لها ، من قبل مؤسسات الرعاية والعمل علي تطويرها وتحسينها بصورة عامة وهي بإيجاز ، كما يشير إلي ذلك (جدول رقم (٣٢) للمعوقين) : (١) خدمات التأهيل النفسية ٦ر٩٣٪ ، (٢) الخدمات التأهيلية الإجتماعية ٢ر٩٣٪ ، (٣) الخدمات التأهيلية الطبية ٨٦٪ ، (٤) خدمات التشغيل والمتابعة ٦ر٨٥٪ ، (٥) الخدمات التأهيلية التربوية والتعليمية ٢ر٨٣٪ ، (٦) خدمات التدريب والتأهيل المهني ٨ر٨٢٪ ، (٧) خدمات رعاية أسر المعوقين ٨٢٪ ، (٨) خدمات توفير الأجهزة التعويضية ٨ر٧٦٪ ، (٩) الخدمات الرياضية ٦ر٧٥٪ ، (١٠) الخدمات الترفيهية والثقافية ٥٦٪ ، (١١) خدمات النقل والمواصلات ٢ر٤٣٪ ، (١٢) توفير خدمات النظافة والصيانة ٣٢٪، (١٣) إنشاء المساكن القريبة ٦ر٢٦٪ ، (١٤) تقديم المساعدات المالية ٨ر٢٨٪ ، (١٥) تحسين الخدمات الإدارية ٢ر٢٣٪ .

وتعكس هذه البيانات الإحصائية بعض الملاحظات العامة ، التي نود أن نوجزها كما يلي :

(١) عبرت غالبية إستجابات عينة البحث من المعوقين ، عن أهمية تطوير الخدمات التأهيلية الأساسية التي تقوم بتقديمها مؤسسات رعايتهم ، والتي تتركز في الخدمات التأهيلية النفسية والإجتماعية والطبيعية والتربوية والمهنية .

(٢) تشير آراء المعوقين باعتبارهم المستفيد الأول من خدمات الرعاية ، لضرورة تطوير خدمات عمليات التشغيل والمتابعة ، وهذا يعبر عن مدي قلق عينة البحث من المعوقين ، حول مستقبلهم المهني ، خاصة وأن مشكلة التشغيل والمتابعة ، لاتزال من المشكلات الهامة التي تواجه عمليات التأهيل كلها ، كما أشرنا إلي ذلك من قبل .

(٣) توضح إستجابات المعوقين عن أهمية تطوير الخدمات الأخري المساعدة، والتي تؤثر بصورة مباشرة وغير مباشرة في عمليات تأهيلهم بصورة عامة، والتي تتمثل في تحسين مستويات خدمات الرعاية الأسرية وتوفير الأجهزة التعويضية ، والنقليات ، وتوفير المساعدات المالية وغيرها .

(٤) تعكس هذه المقترحات في مجملها ، بعض التصورات العامة ، التي يمكن الأخذ بها بعين الإعتبار ، عند وضع سياسات تخطيطية شاملة لرعاية المعوقين ، والعمل علي تحسين المستويات العامة للخدمات التي تقدم لهم .

ومن ناحية أخري ، اهتمت الدراسة بالتعرف علي أهم آراء وتصورات العاملين والمسئولين في مؤسسات ومراكز رعاية المعوقين ، ومقترحاتهم العامة ، حول إمكانية تطوير مستويات خدمات الرعاية والتخطيط لرفع كفاءة العمل بهذه المؤسسات . وكيف يمكن الإستفادة من عمليات التقييم الحالية والشاملة لها . وبالفعل ، أشارت

إستجابات عينة البحث من العاملين والمسئولين ، لبعض المقترحات التي يجب الإهتمام بها عند التخطيط في المراحل المستقبلية القريبة والبعيدة ، وهي كما يشير إليها (جدول رقم (٤٣) للعاملين) علي النحو التالي : (١) توفير الإمكانات المادية والمالية اللازمة ٣ر٩٩٪ ، (٢) توفير الكوادر المهنيـة والفنية المتخصصة ٧ر٩٨٪ ، (٣) تدريب العاملين ٩٨٪ ، (٤) إجراء مسح إحصائي شامل للمعوقين ٣ر٩٧٪ ، (٥) ضرورة إهتمام وسائل الإعلام وتوجيهها لخدمة المعوقين ٩٦٪ ، (٦) ضرورة الإستفادة من الهيئات العالمية ٣ر٩٥٪ ، (٧) إعداد الكوادر الوطنية ٧ر٩٢٪ ، (٨) تدعيم التعاون بين مؤسسات المعوقين والجامعة ٣ر٩١٪ ، (٩) ضرورة تنفيذ قوانين العمل وتشغيل المعوقين ٣ر٨٩٪ ، (١٠) تدعيم التعاون بين المؤسسات والمجتمع المحلي ٨٨٪ ، (١١) إنشاء ورش محمية ٨٦٪ ، (١٢) توفير المنشآت اللازمة ٨٤٪ ، (١٣) توفير الأجهزة والمعدات المتخصصة ٧ر٨٢٪ ، (١٤) إنشاء مدارس للتربية الخاصة ٣ر٨١٪ ، (١٥) تشجيع الجمعيات الخيرية ٧ر٨٠٪ ، (١٦) إرسال البعثات الخارجية في مجال رعاية المعوقين ٧٨٪ .

وفي حقيقة الأمر ، توضح إستجابات العاملين والمسئولين من عينة البحث ، بعض الملاحظات الهامة التي يمكن إيجازها كما يلي :

(١) عبرت غالبية إستجابات العاملين علي عدة تصورات هامة ، في صورة مقترحات لوضع إستراتيجية شاملة قصيرة وبعيدة المدي في نفس الوقت ، والتي يجب الإهتمام بها عند تقييم سياسات التخطيط الراهنة لرعاية المعوقين .

(٢) وتتبلور أهمية هذه المقترحات وإستخدامها في وضع إستراتيجية قصيرة المدي لرعاية المعوقين ، لأنها ركزت علي ضرورة تطوير الخدمات التأهيلية المتعددة والتي تقوم مؤسسات الرعاية بتقديمها حالياً ، والعمل علي توفير الإمكانات المادية اللازمة لها . ويعد ذلك

مطلباً أساسياً ، لرفع مستويات الخدمة والفاعلية ، وتحقيق أهداف الرعاية والتأهيل عن طريق ، تدريب العاملين ، وإنشاء ورش محمية ، ومدارس للتربية ، وتشجيع القطاع الأهلي .

(٣) أما عن أهمية هذه المقترحات ، وإستخدامها في وضع إستراتيجيات بعيدة المدي ، فلقد تمثلت في بعض الأفكار والمستويات الهامة مثل ، ضرورة تغيير إتجاهات الرأي العام والوعي الإجتماعي علي مستوي جماعات المجتمع ، ومؤسساته المختلفة . والعمل علي تحديث القيم والمعتقدات السائدة حول الإعاقة والمعوقين ، وذلك عن طريق إستخدام وسائل الإعلام ، والتعاون بين مؤسسات الرعاية وغيرها من مؤسسات المجتمع المحلي .

(٤) تؤكد أهمية إستجابات العاملين والمسئولين علي حقيقة ما أشارت إليه إستنتاجات الدراسة حول آراء المعوقين ، وخاصة من ناحية رفع مستويات الخدمات التأهيلية الموجودة حالياً بمؤسسات المعوقين .

(٥) عبرت أيضاً ، تلك الإستجابات عن أهمية ربط إستراتيجيات التخطيط لتطوير كفاءة العمل والخدمات علي المستويين قصير وبعيد المدي . وذلك عن طريق ، إجراء مسح شامل للمعوقين في السلطنة ، وضرورة التنسيق والتعاون مع الهيئات والمنظمات العالمية ، التي تهتم برعاية المعوقين ، وهناك بعض الأمثلة الواقعية يجب تشجيعها بصورة أكثر ، وتحقيق المزيد من التعاون مع هذه الهيئات .

وهكذا ، لقد عكست شواهد الدراسة الميدانية في مجال التخطيط ورسم سياسة وإستراتيجية رعاية المعوقين في السلطنة ، عن الكثير من المتغيرات والعوامل الأساسية ، التي يجب الإهتمام بها في وضع أسس هذه الإستراتيجية علي

المستويين قصير وبعيد الأجل . وضرورة وضع هذه الإستراتيجية ، موضع التنفيذ والإعداد لها بصورة علمية سليمة ، لتهدف أساساً علي العمل لإدماج المعوقين في عمليات التنمية الشاملة ، وتحقيق الإستثمار الإيجابي لطاقاتهم وقدراتهم ، خاصة وأن السلطنة في أمس الحاجة إلي استغلال مواردها البشرية وتطوير القوي العاملة الوطنية .

علاوة علي ذلك ، أن سعي الدراسة وإهتماماتها منذ البداية ، بضرورة تقييم سياسات رعاية المعوقين الموجودة حالياً بالسلطنة ، كان من ضمن أهم أهدافها الأساسية التي حرصت علي تحليله من الناحية الواقعية . والتعرف علي أهم مقومات العمل وطبيعة الأداء المهني والوظيفي للعاملين في مجالات المعوقين ومؤسساتهم المختلفة ، التي أجريت عليها الدراسة بالفعل . كما حرصت الدراسة ، علي تقييم خدمات الرعاية حسب وجهات نظر المستفيد الأول فيها وهم المعوقون ، كما أيدت ذلك مقارنة الدراسة بإستجابات العاملين والمسئولين حول طبيعة هذه الخدمات .

وعموماً ، أن إهتمامات الدراسة الحالية تبرز الحاجة إلي ضرورة إجراء المزيد من الدراسات المستقبلية في مجال رعاية المعوقين في المجتمعات النامية ، وخاصة مجتمعنا العربي ، التي تقدم بالفعل إلي المعوقين ، وسبل تطوير الإهتمام بهم ورعايتهم من الناحية التأهيلية والمهنية والتربوية ، والعمل علي إدماجهم في المجتمع ، من أجل تحقيق أهداف التنمية الشاملة ، خاصة وأن نسبة المعوقين تعتبر نسبة مرتفعة جداً ، ومازالت تسهم العديد من المشكلات المجتمعية الأخري ، في إرتفاع معدلاتها ، نظراً لغياب الإستراتيجيات الشاملة ، والتخطيط الإجتماعي العلمي ، للحد من الإعاقة والوقاية منها ، وهذا ما سوف نتناوله في إطار النتائج والتوصيات العامة لدراستنا الحالية .

الهوامش والمراجع .

(١) للمزيد من التفاصيل ارجع إلي المبحث السابع وجدول سحب العينة بالملاحق

(٢) تجري حالياً بالسلطنة الإستعدادات الأولي ، لإجراء أول إحصاء رسمي شامل للسكان ، وذلك مع بداية العام القادم ١٩٩٣

(٣) مقابلة الباحث مع العاملين والمسئولين بمستشفي ابن سينا ، لإجراء الدراسة الميدانية وجمع البيانات شبه الجاهزة وذلك خلال شهري مايو ويونيو ١٩٩١.

(٤) ارجع إلي

درام اليصام ، مراجعة نقدية لمفهومي التشخيص والعلاج في برامج المعوقين المعهد العربي للتخطيط ، ١٩٨٠.

(٥) للمزيد من التفاصيل انظر :

– عبد الله محمد عبد الرحمن ، سوسيولوجيا المستشفي ، دراسة ميدانية في علم الإجتماع الطبي ، الأسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٠ .

(٦) انظر ، المبحث الأول .

(٧) شرطة عمان السلطانية ، الإدارة العامة للمرور ، الإحصاءات العامة لعام ١٩٨٩.

(٨) جريدة عمان ، ١٩٩٢/٤/٢٦ ، ص ٢ . كما أشار نفس العدد ، إلي أن حالات الحوادث بالسلطنة تفوق الدول الغربية ، فلقد بلغت متوسط الحوادث بالسلطنة عام ١٩٩٠ (١٦٤) حادثة لكل مائة ألف مركبة ، بينما تصل نفس معدلات الحوادث بالنسبة لهذه المركبات علي سبيل المثال في السويد (٢٠) حادثة فقط ، وفي أمريكا واليابان (٢٥) حادثة .

(٩) ارجع إلي المبحث الثاني .

(١٠) مقابلة الباحث مع عدد من أطباء مستشفي السلطاني والمسئولون بها في شهر يناير ١٩٩١ .

(١١) محمد صفوح الأخرس ، الرعاية والتنمية الإجتماعية ، مرجع سابق ، ص ٢٩٤.

(١٢) للمزيد من التفاصيل حول هذه الدراسة ارجع :

- ثويبة بنت أحمد البرواني ، وضع الطفولة في سلطنة عمان ، الطفولة في مجتمع متغير ، ندوة بجامعة الإمارات العربية ، العين : ٤/٧ رجب ١٤٠٨ هـ - ٢١/٢٤ فبراير ١٩٨٨ ، ص ٣٣٥ - ٣٥٢ .

(13) Rosengrn W. , & S. Devalut " The Sociology of Climate and Space in an obstetrical hospital " in D. Tuckett & J. M. Kaufert , (ed.) Medical Sociology, Cambridge Univ. Press, 1978, pp. 197 - 203 .

(١٤) انظر المبحث الرابع .

(١٥) ارجع إلي المبحث الخامس .

(١٦) للمزيد من التفاصيل ، ارجع إلي المبحث الرابع .

(١٨) حول عمليات تقييم خدمات الرعاية الصحية ومستويات الكفاءة والفاعلية والإشباع أو الرضا العام للمرضي ، وخاصة عند دراسة المؤسسات الطبية العلاجية والمستشفيات ، انظر في هذا الصدد ، المباحث :

- سوسيولوجيا المستشفي ، مرجع سابق ، نتائج الدراسة الميدانية .

- الإنتاجية والأداء التنظيمي والطبي بالمستشفيات ، مجلة الإداري ، العدد (٤٥/٤٦) ، معهد الإدارة العامة ، مسقط ١٩٩١ .

(١٩) ارجع إلي المبحث الخامس .

(٢٠) حقيقة ، لقد كشفت زيارات الباحث الميدانية في قطاع المستشفيات سواء عند تطبيق الجانب الميداني لهذه الدراسة ، أو الإشراف علي برنامج الزيارات الميدانية لطلاب قسم الإجتماع بجامعة السلطان طيلة السنوات الأربع الماضية ٩٢/٨٨ ، عن وجود الكثير من مظاهر الخلل الإداري والمهني في مستشفي ابن سينا للأمراض النفسية والعقلية ، نتيجة لوجود بعض القيادات المهنية الآسيوية ، التي تسيطر علي مراكزها في إدارة المستشفي منذ سنوات طويلة جداً ، وهناك الكثير من المظاهر السلبية في تقديم الرعاية النفسية للمعوقين ، والتي يصعب سردها بالتفصيل .

(٢١) للمزيد من التفاصيل حول هذه الدراسات ارجع إلي:

- Cartwright, A. , Human Relations and Hospital Care, London : Routledge & Kegan Paul, 1974.

- Mcghee, A., The Patient , attitude to Nursing Care, London : E. & S. Livingistone, 1981 .

(٢٢) أشرنا قبل ذلك عند عملية اختيار العينة بالنسبة للمعوقين ، أن الدراسة حاولت تجنب بعض مشاكل تطبيق إستمارة البحث مع بعض المعوقين من عينة الدراسة ، وذلك عن طريق حضور ولي الأمر أو الوالد في بعض الحالات للتعرف علي المزيد من المعلومات والبيانات التي تتعلق بموضوعات البحث بصورة عامة .

(٢٣) مقابلات الباحث مع بعض العاملين والمسئولين ، والملاحظات المباشرة أثناء إجراء الدراسة الميدانية في شهري فبراير / مارس ١٩٩٢ .

(٢٤) مقابلات الباحث مع العاملين والمسئولين بمستشفي خولة ، د. أحمد درويش و د. وحيد الخروصي وذلك بتاريخ ٥/٦/١٩٩١

(٢٥) مقابلات الباحث مع العاملين في مركزي (الخوض ويدبد) في شهري مارس وأبريل ١٩٩١ .

(٢٦) انظر المبحث السادس .

المبحث العاشر

النتائج العامة والتوصيات

يكشف تحليل تراث سياسات الرعاية الإجتماعية وقضاياها المختلفة ، عن مدي إهتمام علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية ، كغيرهم من علماء العلوم الإجتماعية الأخري ، التي كرست جهودها للتعرف علي طبيعة مشكلات الحياة العصرية ، وكيفية التصدي لها ، بعد أن تفاقمت آثارها ونتائجها السلبية علي الحياة الإجتماعية في السنوات الأخيرة بصورة عامة . حقيقة ، ان دور علماء الإجتماع في معالجة قضايا ومشكلات المجتمع ، جاءت متأخرة بصورة نسبية ، منذ نشأة هذا العلم، وإنشغال معظم علماء الإجتماع بدراسة قضايا النشأة والتطور ، التي كانت تعيشها المجتمعات في مراحل إنتقالها إلي المجتمع الحديث . ولكن مالبثت ، أن توالت إهتمامات علماء الإجتماع ، بالتركيز علي مشكلات مجتمعنا المعاصر ونوعية السياسات الإجتماعية ، وأصبحت من أهم موضوعات علم الإجتماع ذاته في الوقت الراهن .

وبالرغم من جدية هذه الإهتمامات من جانب علماء الإجتماع والسياسة الإجتماعية علي دراسة مشكلات المجتمع الحديث ، إلا إننا نلاحظ مدي تركيز هذه الإهتمامات علي واقع مجتمعات الدول المتقدمة ، دون السعي لدراسة مشكلات المجتمعات النامية والتعرف علي أسباب تفاقم نتائجها وأثارها السلبية في هذه المجتمعات . ويعد ذلك بالطبع إحدي المتطلبات الأساسية ، التي يجب أن تكرس لها جهود علماء الإجتماع وغيرهم من العلوم الإجتماعية ، التي تهتم بقضايا السياسة الإجتماعية ومشكلات العالم النامي .

وإنطلاقاً من هذا التصور ، جاءت إهتمامات وأهداف هذه الدراسة وتركيزها علي تحليل مشكلات سياسات الرعاية الإجتماعية ، والتي تمثلت في دراسة مشكلة المعوقين وسياسات رعايتهم وتأهيلهم في إحدي مجتمعات العالم النامي الخليجية وهي (سلطنة عمان) ، التي تسعي لتقليل الفجوة ، بينها وبين غيرها من مجتمعات العالم النامي والمتقدم . وقبل أن نشير إلي أهم النتائج العامة التي توصلت إليها

الدراسة الحالية ، يجب أن نذكر بعض الملاحظات والحقائق العامة التي من شأنها أن تعطي بعض التوضيحات حول تلك النتائج ، والتي نعتبرها أساساً مجموعة من الإستخلاصات العامة ، كشفت عنها بالفعل تحليلات الدراسة النظرية والشواهد الواقعية الأمبريقية . ومن ثم ، فإن تلك النتائج ماهي إلا مجرد نتائج – لدراسة فردية متواضعة – ، لايمكن أن نتصور أنها تصل إلي مستوي إصدار تعميمات عامة ، حول مشكلة المعوقين وسياسات رعايتهم وتأهيلهم في جميع الدول النامية . نظراً ، للإختلافات المتغايرة للواقع الإجتماعي لهذه الدول من ناحية ، ونوعية الإهتمامات الأساسية ، التي ينطلق منها الباحثون حسب تخصصاتهم المختلفة ، وتوجيهاتها نحو تحليل القضايا والمشكلات ، التي يطرحونها للمعالجة والدراسة من ناحية أخري .

كما تعكس نتائج هذه الدراسة ، بعض الإستخلاصات العامة ، التي يمكن إعتبارها مجرد تصورات نظرية وشواهد أمبريقية ، تتيح المزيد من الفرص أمام الباحثين والمهتمين ، بقضايا سياسات الرعاية الإجتماعية ومشكلات الفئات الخاصة، مثل المعوقين في الدول النامية . علاوة علي ذلك ، قد تسهم نتائج هذه الدراسة ، في كيفية تقييم سياسات الرعاية الإجتماعية الواقعية ، والعمل علي تحديثها وتغييرها من أجل تقييم سياسات وخدمات إجتماعية أفضل للمعوقين في المجتمع . كما تجئ أهمية هذه الدراسة ، في الكشف عن المزيد من الحقائق والشواهد الواقعية ، حول رعاية وتأهيل المعوقين في إحدي مجتمعات الدول العربية الخليجية ، والتي لم يجر عليها أي نوع من الدراسات النظرية أو الأمبريقية سابقاً يتعلق بهذه المشكلة .

وبإيجاز ، نود أن تسهم هذه الدراسة ، في فتح المجال أمام الدراسات المستقبلية الأخري ، ونعتبرها بمثابة نقطة إنطلاق لها ، لتعزيز أساليب البحث العلمي لدراسة المشكلات الإجتماعية الواقعية ، والتصدي لها عن طريق التخطيط الإجتماعي المدروس . خاصة ، وأن مشكلة المعوقين ، تعد من أهم المشكلات ، التي تؤثر علي

المجتمع بأسره ، وتتزايد بصورة مستمرة ، حتي بلغت أكثر من ١٠٪ من مجموع السكان. وهذا ، يعد إهداراً للطاقات البشرية ، وموارد القوي العاملة ، التي مازالت تحتاجها مجتمعاتنا العربية ، لتحقيق مستويات أفضل للتنمية الشاملة .

وعموماً ، سوف نلقي الضوء علي أهم النتائج والإستخلاصات الهامة ، التي كشفت عنها التحليلات النظرية والشواهد الأمبريقية ، وذلك من خلال عدة نقاط أساسية وهي :

أولاً : طبيعة الحياة الإجتماعية والمعيشية للمعوقين .

ثانياً : أسباب حدوث الإعاقة وعلاقاتها بالبيئة الإجتماعية والسلوكية .

ثالثاً : الوعي الإجتماعي للإعاقة والوقاية منها .

رابعاً : عمليات التأهيل ونوعية خدمات المعوقين .

خامساً : مشكلات ومعوقات التأهيل ورعاية المعوقين .

أولاً : طبيعة الحياة الإجتماعية والمعيشية للمعوقين :

(١) تعكس الظروف الإجتماعية والإقتصادية ، التي تحيط بفئة المعوقين الكثير من العوامل ، التي ساهمت في حدوث الإعاقة أو كيفية التعامل معها من ناحية الرعاية والتأهيل . ولقد كشفت متغيرات مثل الموطن الأصلي أو محل الإقامة ، والسن ، ومستوي التعليم ، والدخل والمهن ، عن كثير من المظاهر التي ارتبطت بالإعاقة . وتوضح بصورة عامة ، مدي أهمية تحليل هذه المتغيرات في دراسة المعوقين ومشكلاتهم الأساسية.

(٢) كشفت الدراسة عن وجود علاقات قوية ، بين طبيعة الإقامة ونسبة الإعاقة، والتمييز بين ماهو معروف بين المناطق البدوية والريفية

والمناطق الحضرية ، حيث جاءت أغلبية المعوقين من مناطق بدوية ريفية الأصل ، والتي ترتبط ببعض المؤشرات الأخري ، مثل قلة المستوي الإقتصادي للأسرة ، وتواضع المكانة الإجتماعية بصورة ملحوظة .

(٣) توضح مؤشرات الدراسة عن وجود نسبة كبيرة من المعوقين ، بين ممن تقل أعمارهم عن الخامسة عشر أو من هم في مرحلة الطفولة ، حيث بلغت نسبة الإصابة أو الإعاقة بهم أكثر من ٤٥٪ . وهذا يعكس العلاقة بين إرتفاع معدلات الإعاقات وطبيعة الهرم السكاني ، الذي يشكل قاعدته الأساسية الأطفال بصورة عامة .

(٤) تعكس طبيعة الوسط الإجتماعي والتعليمي والمهني ، مؤشرات قوية لحدوث الإعاقة ونسبة المعوقين ، فأغلب حالات الإعاقة تركزت في أسر كبيرة الحجم نسبياً ، وتعيش في بيئة فيزيقية وسكنية ، لاتتطابق مع طبيعة الإعاقة ، وحجم الأسرة وإحتياجات أعضائها . كما تنخفض معدلات التعليم ومستويات المهنة ، بين الكثير من الأفراد المعاقين وأسرهم ، مما يؤثر ذلك علي طبيعة الجو النفسي والتكيف الإجتماعي للمعاق وأسرته .

(٥) إزدادت معـدلات الإعـاقة والمعوقـين بين الذكـور عن الإنـاث وذلك بنسبة ٣ : ٢ تقريباً . وهذا مايشير إلي بعض مؤشرات حدوث الإعاقة بين الجنسين وتباينها لصالح المرأة من ناحية الإتزان الإنفعالي وضغط الحياة العصرية علي الذكور وتحمل أعبائها .

ثانياً : أسباب حدوث الإعاقة وإرتباطها بالبيئة الإجتماعية والسلوكية :

(١) تعتبر العوامل الوراثية من أهم العوامل المسببة للإعاقة ، والتي تنتج بصورة أساسية عن زواج الأقارب . وإرتفاع معدلات الإعاقة في المجتمع . حيث كشفت الدراسة ، عن علاقة قوية وموجبة بين عامل "زواج الأقارب" وحدوث الإعاقة وتعددها في نفس الوقت ، حيث بلغت حالات الإعاقة وتعددها في الأسر الواحدة أحياناً ، إلي " خمس حالات إعاقة " متنوعة .

(٢) تعكس طبيعة العوامل الوراثية وزواج الأقارب ، نوعية نمط البناء الإجتماعي ، ونسق العادات والتقاليد ، والإتجاهات القيمية المتعددة ، والتي يجب أخذها في الإعتبار ، عند تفسير أسباب حدوث الإعاقات ، والعوامل المؤثرة فيها .

(٣) ساهمت العوامل الإجتماعية الأخري في زيادة معدلات الإعاقة وحدوثها ، مثل إرتفاع معدلات الأمية والجهل ، وعدم وجود الوعي الصحي والإجتماعي الناتج عن الإعاقة ، وكيفية حدوثها والعلاج والوقاية منها . كما جاءت عوامل أخري ، مثل الإهمال وعدم العناية بالأطفال ورعايتهم من أهم أسباب حدوث الإعاقات ، والتي تفسر الكثير من المظاهر السلوكية والبيئية السلبية .

(٤) يعد إرتفاع نسبة الحوادث ومعدلاتها المطردة في زيادة حجم مشكلة الإعاقة والمعوقين بالمجتمع العماني مثل غيره من المجتمعات الخليجية الأخري ، ولاسيما حوادث الطرق والمرور . ومن ثم ، تعتبر الحوادث

من أهم العوامل المسببة للإعاقات ، وخاصة الإعاقات الحركية والعقلية.

(٥) تشكل أهم الإعاقات الموجودة من ناحية تزايد أعدادها النسبية ، الإعاقات العقلية والنفسية ، ثم الإعاقات الحركية وتقل معدلات إعاقات المكفوفين . وهذا يعكس الكثير من الأسباب التي ، تؤدي إلي هذه الأنواع من الإعاقات ، والتي تسهم فيها مجموعة العوامل الوراثية والإجتماعية معاً .

(٦) ارتبطت نسبة كبيرة من حدوث الإعاقات بفترات الحمل أو بعد الولادة مباشرة ، وحدوث الإعاقات الخلقية الناتجة عن العوامل الوراثية من الدرجة الأولي . وقلة الوعي الصحي والثقافي المرتبط بزواج الأقارب ، ورعاية الأم الحامل أثناء فترة الحمل ، وعدم التردد الدوري علي العيادات الطبية والعلاجية .

(٧) ساهمت بعض العادات الإجتماعية والسلوكية البيئية الأخري عن وجود أسباب أخري لحدوث الإعاقة وزيادة معدلاتها ، مثل الزواج المبكر ، وتعدد الزوجات . فلقد ارتفعت نسبة الإعاقة بين حالات الزواج المبكر ، نتيجة لولادة الأطفال المبتسرين (ناقصي النمو) ، وقلة الوعي الصحي، والمستوي التعليمي والثقافي للأمهات، وسوء التغذية والأنيميا. كما كشفت الدراسة ، عن وجود علاقة نسبية بين تعدد الزوجات ، وإرتباطها بالإعاقة ، ورغبة الزوج في إنجاب أطفال غير معاقين .

ثالثاً : الوعي الإجتماعي للإعاقة والوقاية منها :

(١) كشفت الدراسة عن وجود إستعداد قوي لدي المعوقين وأسرهم للإلتحاق بمؤسسات الرعاية والتأهيل منذ البداية ، إلتماساً للحصول علي رعاية وخدمات علاجية وطبية ونفسية وإجتماعية ومهنية في هذه المؤسسات . وهذا يوضح مستويات الوعي الإجتماعي نحو الإعاقة وسبل علاجها والتكيف معها عن طريق مساهمة المراكز التأهيلية المتخصصة .

(٢) في نفس الوقت ، أظهرت بعض مؤشرات الدراسة وجود حالات من التردد قبل إلتحاق المعوقين وأسرهم بمؤسسات رعاية وتأهيل المعوقين ، لعدم وجود معلومات كافية لديهم حول تلك المؤسسات ، وتصور البعض منهم أنها مؤسسات إيوائية . علاوة علي ذلك ، رغبة الأهل في إخفاء المرض حرصاً علي المركز الإجتماعي ، وعدم ضمان مستقبل مهني للمعوقين ، وطبيعة العادات والتقاليد ، والميل إلي العزلة الإجتماعية نتيجة لوجود إعاقات ، والنظر المجتمعية السلبية للمعوقين في بعض الأحيان .

(٣) تعكس طبيعة النظرة المجتمعية إلي المرض والإعاقة أو العجز ، كثيراً من العوامل التي تساهم في آثارها السلبية ، علي الفرد المعاق وأسرته . نظراً ، لإسهامها في زيادة العزلة الإجتماعية ، وعدم التكيف مع الإعاقة من الناحية الإجتماعية ، وينتج عنها عدم الرغبة في الإفصاح عن المرض والعاهة ، نتيجة للخجل الإجتماعي ، المرتبط بنوعية بعض الإعاقات المرضية مثل الإعاقات النفسية والعقلية.

(٤) توضح طبيعة العادات والتقاليد ، والانساق الثقافية الفرعية المحلية ، عن وجود كثير من الأساليب غير العلاجية السليمة ، التي يلجأ إليها المعوقون وأسرهم، نتيجة لعدم وجود الوعي الإجتماعي والثقافي والصحي ، عن طبيعة المرض والإعاقة، وكيفية الحصول علي الطرق السليمة لعلاجه . ويظهر ذلك بوضوح ، في علاج حالات الإعاقة والعاهات المزمنة ، التي لايستطيع الطب الحديث علاجها بسرعة وسهولة ، ويلجأ أصحابها إلي "العلاج الشعبي" . وإن كان ذلك يفسر في الوقت ذاته ، طبيعة تأثير نسق المعتقدات ، والقيم الثقافية الفرعية التي تساهم في فهم عملية العلاج والمرض بصورة عامة .

(٥) ان إختلاف معايير النظرة ، والإهتمام إلي المعوقين ، وأسباب حدوث الإعاقة ، والوقاية والحد من آثارها المتعددة علي كل من المعاقين وأسرهم والمجتمع ، يحتاج إلي كثير من التغيير في نسق المعتقدات ، والقيم والإتجاهات ، والعادات والتقاليد ، والعمل علي تحديثها وتطويرها بالأساليب العلمية الحديثة . ووضوح إستراتيجيات للرعاية الإجتماعية وسياساتها ، وتوجيه الرأي العام عن طريق التنشئة الإجتماعية ، وإبراز دور المؤسسات التعليمية والإعلامية . للإسهام في رعاية المعوقين وعلاجهم .

رابعاً : عمليات التأهيل ونوعية خدمات المعوقين :

(١) تنوعت عمليات التأهيل التي تقوم بها مؤسسات ومراكز ومستشفيات رعاية المعوقين بالسلطنة . حيث توجد عمليات التأهيل الطبي والعلاجي والمهني والإجتماعي . وتسهم هذه العمليات في إعداد الكثير من المعوقين للتكيف مع حالات إعاقاتهم ، أو إكتساب بعض المهن

الحرفية والمهنية التي تساعدهم علي الإعتماد علي النفس والإستقلالية وتكوين الذات . وهذه تعتبر مؤشرات إيجابية هامة تبرز إنجازات سياسة رعاية المعوقين في السلطنة ، بالرغم من حداثة تجربتها في هذا المجال ، بالمقارنة بغيرها من الدول الخليجية والعربية .

(٢) ساهمت في زيادة هذه المؤشرات الإيجابية ، طبيعة العاملين في مجال مؤسسات رعاية وتأهيل المعوقين ، ونوعية الأعداد الوظيفي والمهني لهم مثل : الخبرة، والتعليم ، والتخصص ، والإستعداد للعمل ، وتحمل المسئولية ، والإقتناع بأهمية وحتمية العمل الإنساني مع المعوقين ، وغير ذلك من متغيرات أخري ، توضح مستويات الأداء الوظيفي والإنجاز في العمل .

(٣) في نفس الوقت ، توجد بعض المؤشرات السلبية الأخري ، التي تشير إليها شواهد الدراسة الواقعية ، وتؤثر علي طبيعة الأداء الوظيفي والمهني للعاملين ، وتحقيق الأهداف العامة لمؤسسات ومراكز التأهيل . ومن أهم هذه المؤشرات ، عدم الإهتمام النسبي بخدمات التأهيل الإجتماعي للمعاقين وأسرهم ، كما لم تعط هذه المؤسسات أي نوع من الإهتمام بخدمات التأهيل النفسي علي الإطلاق ، مما يؤثر ذلك علي عمليات التأهيل ، وتحقيق الرعاية الشاملة للمعوقين .

(٤) مازالت تحتاج الكوادر المهنية في مؤسسات ومراكز التأهيل ، إلي المزيد من عمليات التدريب المستمر ، لرعاية وتأهيل المعوقين . وهذا ينعكس علي مستويات الخبرة ، والإعداد ، حيث توضح الشواهد الميدانية ، عدم وجود إهتمام بعملية التدريب ، وتحديث الكفاءات المهنية الموجودة، والتعرف علي المزيد من عمليات رعاية تأهيل المعوقين .

(٥) تشهد السلطنة نشاطاً ملحوظاً في السنوات الأخيرة ، وخاصة في قطاع النشاط الخيري التطوعي ، وإنشاء بعض مراكز لرعاية المعوقين وأسرهم سواء في المناطق الحضرية أو الريفية البدوية . ويعتبر ذلك من أهم المؤشرات الإيجابية ، التي تسهم في زيادة الوعي الإجتماعي ، والتطوعي الخيري في مجال رعاية وتأهيل المعوقين ، وإن كانت تحتاج تلك المبادرات الإيجابية إلي المزيد من الإهتمام لتشجيعها وإنتشارها .

خامساً : مشكلات ومعوقات التأهيل ورعاية المعوقين .

(١) تعد مشكلة العجز في التخصصات المهنية والفنية ، في مؤسسات ومراكز تأهيل المعوقين من أهم المشكلات ، التي تواجه هذه المؤسسات في عمليات الرعاية والتأهيل . وخاصة ، أخصائيو التأهيل النفسي والإجتماعي والمهني ، والتربوي ، والعلاج الطبيعي والأطباء ، وغيرهم من التخصصات الأخري المساعدة لهم .

(٢) ظهرت مشكلة النقص في التجهيزات والمعدات اللازمة لعمليات التأهيل المختلفة؛ مثل المعامل والمختبرات ، وقاعات التأهيل والتدريب ، وأجهزة العلاج الطبيعي ، وورش التأهيل المهني ، وبعض المباني والمنشآت الأساسية ، التي تعد في مجملها نوع من المعوقات الرئيسية ، وتحد من كفاءة عمليات التأهيل ، وفاعليتها بصورة كبيرة .

(٣) تعتبر مشكلة التشغيل والمتابعة للمعوقين ، من أهم المشكلات التي كشفت عنها شواهد الدراسة الواقعية . وجاءت الأسباب متنوعة ومتعددة لحدوثها في نفس الوقت . وهذا يعكس الكثير من إهدار لعمليات التأهيل المبذولة بالفعل ، ولايحقق طبيعة الإستثمارات الفعلية،

، التكاليف الباهظة التي تنفق علي المعوقين حتي تأهيلهم . ويرجع اولي هذه الأسباب عدم وجود مؤسسات متخصصة ، تهتم بعمليات التشغيل والمتابعة . وتطبيق قوانين العمل الخاصة بالمعوقين الموجودة منذ أكثر من عشرين عاماً بالسلطنة

(٤) تظهر مشكلة التعاون بين مؤسسات رعاية المعوقين وأسرهم ، من المشكلات الهامة ، التي تنعكس علي عمليات التأهيل بالنسبة للمعاق . وطبيعة التكيف النفسي والإجتماعي ، والتوافق التربوي والمهني للمعوقين . وهذا يكشف نوعاً من القصور في التعاون الإيجابي بين المؤسسات وأسر المعوقين ، نظراً لعدم وجود أهداف محددة من قبل هذه المؤسسات ، لإستقطاب الأسر ، للإسهام بدور إيجابي في رعاية أبنائهم ، والعمل علي زيادة الوعي الإجتماعي والثقافي لديهم

(٥) تواجه مؤسسات رعاية وتأهيل المعوقين مشكلة زيادة الطلب وعدم إستيعاب جميع المتقدمين من المعوقين ، الذين يزداد عددهم بصورة طردية سنوياً . ومازالت تعاني هذه المؤسسات ، من زيادة كثافة عدد المعوقين بها ، كما لاتستطيع قبول نسبة كبيرة منهم ، مما يشكل ذلك أعباء كبيرة سواء علي المؤسسات وعلي أسر المعوقين ، الذين لم يحالفهم الحظ للإلتحاق بهذه المؤسسات .

(٦) مشكلة عدم وجود تنسيق بين المؤسسات ومراكز المعوقين وغيرها ، من المؤسسات المجتمعية الأخري سواء أكانت حكومية أم خاصة . والتي تظهر بسبب غياب إستراتيجية عامة لرعاية المعوقين ، تهدف لإستقطاب الكثير من الجماعات والأفراد للمشاركة في عمليات التأهيل، وتقديم الدعم المادي والمعنوي لها ، وإتخاذ خطوات إيجابية من أجل تقديم خدمات تأهيلية أفضل للمعوقين

(٧) تعتبر مشكلة نقص الوعي الإجتماعي العام ، من أهم المشكلات التي تواجه المعوقين ومؤسسات رعايتهم المختلفة ، كما تسهم هذه المشكلة في عدم توجيه الرأي العام ، حول أهم أسباب الإعاقة في المجتمع وخاصة تلك العوامل الإجتماعية، التي ترتبط بنسق العادات والتقاليد ، والنظرة غير الملائمة لكل من الإعاقة والمعوقين ، وعدم إتخاذ الوقاية اللازمة للحد منها . خاصة ، وأن أثارها متعددة علي كل من الأفراد المعاقين وأسرهم ومجتمعهم . وبالطبع ، أن ذلك لن يتحقق إلا في ضوء إستراتيجية عامة لتعبئة الرأي العام ، وتحديث الإتجاهات والقيم السلوكية نحو الإعاقة والمعوقين .

(٨) تعكس الشواهد الواقعية للدراسة ، عن تركيز غالبية مؤسسات رعاية المعوقين في المناطق الحضرية بمنطقة مسقط وضواحيها ، والتي تتمثل في عدد من المدارس التربوية الخاصة ، أو المراكز التأهيلية المتخصصة والمستشفيات العلاجية الأخري ، مما يسهم ذلك في عدم إقبال عدد كبير من المعوقين في الإلتحاق بهذه المراكز ، وخاصة من يقيمون في المناطق النائية . وإن كان قد ظهر في السنوات الأخيرة ، عدد من المراكز الأهلية التطوعية ، التي تسعي جاهدة لرعاية بعض من هؤلاء المعوقين ، ولكن مازالت الحاجة ماسة ، إلي المراكز والمؤسسات الكبري والمتخصصة في هذه المناطق .

وأخيراً ، تسعي الدراسة لطرح عدد من المقترحات ، التي تتمثل في مجموعة من التوصيات الهامة ، والتي نتمني أن تكون مؤشراً عاماً ، يمكن الإستفادة به في عمليات التخطيط والإعداد لسياسات مستقبلية لرعاية المعوقين ، كما تفيد الباحثين والمهتمين بدراسة مراكز ومؤسسات الرعاية الإجتماعية ، وأهم هذه التوصيات مايلي:

(١) ضرورة إجراء إحصاء شامل لحالات المعوقين ، للتعرف علي الإعداد الفعلية الموجودة ، وبياناتها الأساسية مثل العمر ، والنوع ، والمهنة ، والحالة الإجتماعية ونوعية الإعاقة ، وطبيعة الإقامة وغيرها . مما يسهم ذلك في الإعداد لعمليات التأهيل والتخطيط للرعاية ، وإتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة .

(٢) العمل علي وضع إستراتيجية عامة للتخطيط الإجتماعي والمهني ، الذي يهدف لعملية إدماج المعوقين في المجتمع ، والإستفادة منهم في عمليات التنمية الشاملة . خاصة ، وأن نسبتهم قد تسهم بصورة فعلية ، في تنمية الكوادر البشرية ، بعد تأهيلهم وإعدادهم للعمل . ويجب أن تتضمن هذه الإستراتيجية ، إعداد الخطط لعملية الإدماج علي المستوي القريب والبعيد ، وذلك عن طريق ، التخطيط الإجتماعي نحو المعـاق ذاته ، وعلـي مستوي الجماعات والفئات ، وعلي مستوي المجتمع .

(٣) يجب توجيه إستراتيجية التخطيط لإدماج المعوقين ، نحو تغيير الإتجاهات والقيم ، وطبيعة الأدوار الإجتماعية ، والعمل علي تحديث ومرونة التفاعل والتعامل مع المعوقين ، وتحسين الخدمات الأساسية وإشباع الحاجات الضرورية ، وتطوير النظم التشريعية والقانونية لرعاية المعوقين وتأهيلهم .

(٤) العمل علي إجراء البحوث العلمية المستمرة ، للتعرف علي أسباب حدوث الإعاقة ، وزيادة معدلاتها في المجتمع ، وتحديد الآثار الناتجة عن العوامل الوراثية وخاصة " زواج الأقارب " ، نظراً لإسهامها في رفع معدلات الإعاقة بصورة مطردة ، وإتخاذ التدابير اللازمة للوقاية من هذه الأسباب وغيرها ، للتخفيف من الآثار السلبية علي كل من المعوقين وأسرهم والمجتمع .

(٥) ضرورة تحديث الوعي الإجتماعي العام ، نحو الإعاقة والمعوقين ، وذلك عن طريق دور التنشئة الإجتماعية ، في مؤسسات ، ومراحل التعليم المختلفة ، وتقديم المناهج الثقافية الصحية اللازمة ، لكل الفئات الإجتماعية . وتغيير الإتجاهات والقيم التقليدية ، عن طريق الأساليب العلمية المخططة .

(٦) وضع سياسة إعلامية ناجحة ، تهدف لاستغلال وسائل الإتصال الإعلامي والجماهيري ، وقدرتها علي التأثير وتغيير إتجاهات الرأي العام ، نحو الإعاقة وأسبابها ، ونتائجها السلبية علي الفرد والمجتمع . وضرورة ربط هذه السياسة ، في إطار الإستراتيجية العامة للإهتمام برعاية المعوقين ، وتأهيلهم ودمجهم في المجتمع .

(٧) العمل علي إتخاذ الإجراءات اللازمة للوقاية من الحوادث ، وخاصة حوادث الطرق والمرور ، نظراً لإسهامها البالغ في زيادة معدلات الإعاقة والمعوقين في السنوات الأخيرة ، وتؤدي إلي المزيد من إهدار الطاقات البشرية وخاصة بين عناصر الشباب .

(٨) ضرورة التقييم المستمر ، لكل من عمليات التأهيل ومؤسسات ومراكز رعاية المعوقين ، والتعرف علي واقع فاعلية وكفاءة هذه الخدمات والقائمين علي تقديمها من العاملين ، والعمل علي تحديثها بصورة مستمرة حتي تفي بمتطلبات الرعاية الشاملة .

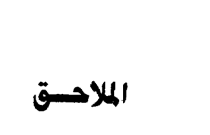
(٩) العمل علي توفير الكوادر الفنية والمهنية اللازمة لعلاج المعوقين وتأهيلهم في المؤسسات الحالية ، مع التركيز علي إعداد الكوادر الوطنية ، لضرورة الحاجة إليها في المراحل القادمة ، وتغطية العجز في الكوادر الأخري الموجودة بالفعل .

(١٠) ضرورة توفير الأجهزة والأدوات والمنشآت اللازمة للمؤسسات الحالية ، للإسهام في زيادة فاعلية الخدمات التأهيلية ، والتي تعتبر عنصراً أساسياً ، في تطوير وتحديث هذه الخدمات ، ورفع مستويات الأداء المهني والوظيفي للعاملين بها .

(١١) يجب تحسين مستويات التأهيل المهني والنفسي والإجتماعي سواء للمعوقين ، أو الإهتمام برعاية أسرهم ، وذلك عن طريق إنشاء المزيد من الورش المحمية المتخصصة ، والعمل علي إستقطاب أسر المعوقين في عمليات الرعاية والتأهيل، نظراً لأهميتهم في تقديم الخدمات التأهيلية الشاملة .

(١٢) العمل علي إنشاء المزيد من المدارس التربوية الخاصة ، والمراكز التأهيلية الأخري ، وخاصة في المناطق النائية والولايات الأخري ، حتي يتم الإستفادة من خدمات الرعاية والتأهيل لجميع المعوقين في المجتمع . وإستيعاب المزيد من المتقدمين منهم في المرحلة الراهنة والمستقبلية .

(١٣) ضرورة تشجيع الجمعيات الأهلية الخيرية ، للإهتمام بمجال رعاية المعوقين ، خاصة ، بعد أن أثبتت تلك المؤسسات دورها الإيجابي في تأهيل المعوقين ورعاية أسرهم في المناطق الحضرية والنائية في نفس الوقت ، وحتي يحقق ذلك مزيداً من روح الولاء والإنتماء ، والتضامن الإجتماعي .



الملاحق

(١)

أدوات البحث

(أ) استمارة البحث لعينة المعوقين

(ب) استمارة البحث لعينة العاملين والمسئولين

أولا : البيانات الاساسية

١ ـ الاسم :

٢ – النوع : ١ ـ ذكر ( ) ٢ ـ انثي ( )

٣ ـ العمر : ١ ـ أقل من ٥ سنوات ( ) ٢ ـ من ٥ ـ ١٠ سنوات ( )

٣ ـ ١٠ ـ ١٥ سنة ( ) ٤ ـ ١٥ ـ ٢٠ سنة ( )

٥ ـ ٢٠ ـ ٢٥ سنة ( ) ٦ – ٢٥ سنة فاكثر ( )

٤ ـ اسم ولي الأمر :

٥ ـ محل اقامة الأسرة : اسم المنطقة : اسم الولاية :

٦ ـ الحالة الاجتماعية : ١ ـ اعزب ( ) ٢ ـ متزوج ( )

٣ ـ أرمل ( ) ٤ ـ مطلق ( )

٧ ـ الحالة التعليمية : ١ ـ أمي ( ) ٢ ـ يقرأ فقط ( ) ٣ ـ يقرأ ويكتب ( )

٤ ـ ابتدائي ( ) ٥ ـ اعدادي عام / فني ( ) ٦ ـ ثانوي عام/ فني( )

٧ ـ معهد / كلية متوسطة ( ) ٨ ـ جامعي ( )

ثانيا : بيانات عن الاعاقة

٨ ـ نوع الاعاقة : ١ ـ حركية ( ) ٢ ـ حسية ( )

٣ ـ عقلية ( ) ٤ ـ نفسية ( )

٥ ـ متعدد الاعاقات ( )

٩ ـ سبب الاعاقة : ١ ـ خلقي ( ) ٢ ـ وراثي ( )

٣ ـ مرضي ( ) ٤ ـ حادث ( )

٥ ـ سؤ تغذية ( ) ٦ ـ مرض مزمن ( )

٧ ـ شلل ( ) ٨ ـ تسمم ( )

٩ ـ علاج شعبي ( ) ١٠ ـ علاج طبي خاطيء ( )

١١ ـ عدم التطعيم ( ) ١٢ ـ نقص الوعي الصحي ( )

١٣ـ أسباب أخري تذكر :

١٠ـ العمر عند حدوث الاعاقة :　　　　١ ـ منذ الولادة

٢ ـ أقل من ٥ سنوات ( ) ٣ ـ من ٥ ـ ١٠ سنوات ( )
٤ ـ من ١٠ ـ ١٥ سنة ( ) ٥ ـ من ١٥ ـ ٢٠ سنة ( )
٦ ـ من ٢٠ ـ ٢٥ سنة ( ) ٧ ـ ٢٥ سنة فأكثر ( )

١١ - هل توجد اعاقات أخري في الاسرة ؟

١ ـ نعم ( ) ٢ ـ لا ( )

في حالة الاجابة بنعم يستخدم الجدول التالي للاجابة عن رقم ١٢ :

١٢ ـ ما هي هذه الحالات ؟

مسلسل	الأســـم	العمر	المهنـــة	نوع الاعاقة	درجة القرابة
١					
٢					
٣					
٤					
٥					
٦					
٧					
٨					

ثالثا : البيئة الاجتماعية والانماط السلوكية

١٣ـ عدد افراد الاسرة ١- أقل من ٥ أفراد ( ) ٢ ـ من ٥ - ١٠ أفراد ( )
٣- من ١٠ـ ١٥ فرد ( ) ٤ ـ اكثر من ١٥ فـرد ( )

١٤ ـ دخل الأسرة :

١ ـ أقل من ١٠٠ ريال ( ) ٢ ـ ١٠٠ ـ ٢٠٠ ريال ( )
٣ ـ ٢٠٠ ـ ٣٠٠ ريال ( ) ٤ ـ ٣٠٠ ـ ٤٠٠ ريال ( )
٥ ـ أكثر من ٤٠٠ ريال ( )

١٥ ـ نوع السكن : ١ ـ سكن حديث مستقل ( ) ٢ ـ سكن قديم مستقل ( )
٣ ـ سكن حديث مشترك ( ) ٤ ـ سكن قديم مشترك ( )

١٦ ـ عدد غرف السكن ١ ـ أقل من ٣ غرف ( ) ٢ ـ من ٣ ـ ٥ غرف ( )
٣ ـ من ٦ ـ ٧ غرف ( ) ٤ ـ أكثر من ٧ غرف ( )

١٧ ـ ما هي درجة القرابة بين الأب والأم ؟

١ ـ ابناء العم والخال ( ) ٢ ـ قرابة بعيدة من نفس العائلة ( )
٣ ـ فقط من نفس القبيلة ( ) ٤ ـ لا توجد بينهما قرابة ( )

١٨ ـ هل زواج الأقارب شيء عادي في منطقتكم ؟

١ ـ نعـم ( ) ٢ ـ لا ( )

١٩ ـ لماذا يتم الزواج عندكم عادة من الأقارب ؟

١ ـ عادات وتقاليد ( ) ٢ – بسبب الميراث ( )
٣ ـ تبادل الزيجات ( ) ٤ ـ قوة سلطة الأب ( )
٥ ـ زواج الاقارب غير مكلف ( ) ٦ ـ زواج الاقارب أكثر استقرارا ( )

٧ ـ المحافظة على الروابط العائلية والقبلية ( )

٢٠ ـ عادة ما يزوج الآباء أبناءهم وبناتهم في سن مبكرة ـ ما هي اسباب ذلك من وجهة نظرك ؟

١ – عادات وتقاليد ( ) ٢ ـ انخفاض مستوى التعليم ( )
٣ ـ الميراث ( ) ٤ ـ انخفاض المستوى الاقتصادي ( )

٥ ـ كثرة عدد افراد الاسرة ( ) ٦ ـ الخوف من تأخير سن الزواج ( )
٧ ـ تاثير السلطة الوالدية ( ) ٨ ـ اسباب دينية ( )
٩ ـ اسباب أخري ـ تذكر :

٢١ ـ هل والدك (انت) متزوج من أكثر من زوجة ؟

١ ـ نعـــم ( ) ٢ ـ لا ( )

٢٢ ـ توجد اسباب كثيرة لتعدد الزوجات ـ ما هي اسباب ذلك من وجهة نظرك ؟

١ ـ عدم الانجاب من الزوجة الأولي ( )
٢ ـ انجاب طفل أو أكثر غير طبيعي أو معوق من الزوجة الأولي ( )
٣ ـ الرغبة في انجاب البنين ( )
٤ ـ مرض أو كبر الزوجة الأولي والرغبة في زوجة صغيرة ( )
٥ ـ احيانا يكون واجب تفرضة علاقات القرابة ( )
٦ ـ ارتفاع المستوي الاقتصادي للزوج ( )
٧ ـ بعد عمل الزوج عن السكن الذي تقيم فيه زوجته الاولي ( )
٨ ـ ارتفاع عدد حالات الطلاق ( )
٩ ـ تعدد الزوجات شيء عادي ولا يحتاج الي سبب معين ( )

رابعا : الوعي بطبيعة الخدمات بالمركز أو المؤسسة

٢٣ ـ هل كان لديكم فكرة عن وجود مؤسسات ومراكز لرعاية المعوقين قبل الألتحاق بها ؟

١ ـ نعـــم ( ) ٢ ـ لا ( )

في حالة الأجابة بنعـــم ـ أجب رقـــم ٢٤

٢٤ ـ ما هو مصدر هذه الفكرة أو المعرفة ؟

١ ـ قرب سكني من المؤسسة أو المركز ( )
٢ ـ أحد الأقارب ( )
٣ ـ الأصدقاء أو الجيران ( )
٤ ـ المسؤولين ( )
٥ ـ وسائل الاعلام المختلفة ( )

٢٥ ـ كيف التحقت بهذة المؤسسة أو المركز ؟

١ ـ تقدمت اليها بنفيس ( ) ٢ ـ عن طريق تحويل طبي ( )
٣ ـ تحويل من المدرسة ( ) ٤ ـ تحويل من الشؤون الاجتماعية ( )

٢٦ ـ لماذا وافقت علي الألتحاق بهذا المركز أو المؤسسة ؟

للحصول علي : ١ ـ الرعاية الطبية ( ) ٢ ـ الرعاية النفسية ( )
٣ ـ الرعاية الاجتماعية ( ) ٤ ـ التأهيل المهني ( )
٥ ـ فرصة للعمل والكسب ( ) ٦ ـ مساعدات مالية ( )
٧ ـ اسباب أخري . تذكر: ( )

٢٧ ـ هل كنتم مترددين في الألتحاق بالمركز أو المؤسسة ؟

١ ـ نعـــم ( ) ٢ ـ لا ( )

في حالة الاجابة بنعم يسأل ٢٨

٢٨ ـ ما هي أسباب ذلك التردد ؟

١ ـ اعتقاد الناس انها مؤسسات ايواء ( )
٢ ـ الاعتقاد بأن الاعاقة نوع من الجنون ( )
٣ ـ الشعور بالخجل من الاعاقة واحراج الأهل ( )
٤ ـ الرغبة في اخفاء المرض والاعاقة ( )
٥ ـ الافصاح عن الاعاقة يؤثر علي المركز الاجتماعي للأسرة ( )
٦ ـ لأن الأعاقة مسألة قضاء وقدر ( )

٧ ـ رغبة الأهل في القيام بأعباء الرعاية بانفسهم ( )

٨ ـ عدم الثقة في عمل المركز أو المؤسسة ( )

٩ ـ الرغبة في العلاج بالخارج ( )

١٠ ـ اسباب أخري تذكر :

٢٩ ـ في رأيك ما مدي كفاءة الخدمات التي يقدمها المركز أو المؤسسة ؟

مسلسل	نوع الخدمة	مستويات الكفاءة			
		جيد	متوسط	رديئ	لا يوجد
١	الخدمات الطبية				
٢	الخدمات النفسية				
٣	الخدمات الاجتماعية				
٤	الخدمات التأهيلية				
٥	خدمات الأجهزة التعويضية والصناعية				
٦	الخدمات الأدارية				
٧	الخدمات الثقافية				
٨	الخدمات الرياضية				
٩	خدمات التشغيل والمتابعة				
١٠	خدمات النقليات				

٣٠ ـ هل يوجد تعاون بين اسرة المعوق والمركز أو المؤسسة ؟

١ ـ نعم ( ) ٢ ـ لا ( )

في حالة الاجابة بنعم أجب رقم ٣١

وفي حالة الاجابة بلا أجب رقم ٣٢

٣١ ـ ما هي أوجه التعاون في رأيك ؟

١ ـ زيارة الأخصائي الأجتماعي والنفسي للأسرة ( )
٢ ـ دراسة حالة الأسرة اجتماعيا ونفسيا ( )
٣ ـ تقديم مساعدات مالية للأسرة ( )
٤ ـ تقديم الأرشادات الصحية والثقافية للأسرة ( )
٥ ـ الأسرة تواظب علي الأتصال بالمركز أو المؤسسة ( )
٦ ـ مظاهر أخري للتعاون ـ تذكر :

٣٢ ـ لماذا لا يوجد تعاون بين أسرة المعوق والمركز أو المؤسسة ؟

١ ـ اعتماد الأسرة علي المركز تماما ( )
٢ ـ بعد سكن الأسرة عن المركز أو المؤسسة ( )
٣ ـ صعوبة المواصلات الي المركز أو المؤسسة ( )
٤ ـ الأنشغال بمطالب الحياة وعدم توفر الوقت ( )
٥ ـ اسباب أخري ـ تذكر : ( )

خامسا : مقترحات لرفع مستوي الخدمات بالمركز أو المؤسسة

٣٣ ـ ما هي الخدمات التي يجب رفع مستواها في القائمة التالية ؟

١ ـ الخدمات الطبية والعلاجية ( )
٢ ـ الخدمات الأجتماعية ( )
٣ ـ الخدمات النفسية ( )
٤ ـ الخدمات التعليمية ( )
٥ ـ الخدمات الرياضية ( )
٦ ـ خدمات التدريب والتأهيل ( )

٧ ـ خدمات الترفيه والثقافة ( )

٨ ـ خدمات النظافة والصيانة ( )

٩ ـ الخدمات الأدارية ( )

١٠ ـ خدمات النقل والمواصلات ( )

١١ ـ خدمات التشغيل والمتابعة ( )

١٢ ـ خدمات رعاية أسر المعوقين ( )

١٣ ـ المساعدات المالية ( )

١٤ ـ خدمات توفير المسكن القريب من العمل ( )

١٥ ـ خدمات توفير الأجهزة التعويضية ( )

١٦ ـ خدمات أخري ـ تذكر :

٣٤ ـ أراء ومقترحات أخري – تضاف ، مع خالص الشكر .

"بسم الله الرحمن الرحيم"

اسم المركز أو المؤسسة : ....

رقم مسلسل :

جامعة السلطان قابوس

(٣) استمارة العاملين والمسؤولين

سياسات الرعاية الأجتماعية للمعوقين

" دراسة ميدانية علي سلطنة عمان "

اعداد

دكتور عبدالله محمد عبد الرحمن

وحدة علم الأجتماع

قسم الأجتماع والفلسفة

كلية الآداب

١٩٩١

اسم الباحث الميداني :

تاريخ جمع البيانات :

المراجعة المكتبيـــــة :

البيانات الواردة في هذه الاستمارة سرية للغاية ولن تستخدم الأ لأغراض الدراسة والبحث العلمي

أولا: بيانات اساسية

١ ـ الأسم :

٢ ـ العمر : ١ ـ أقل من ٢٠ ( ) ٢ ـ ٢٠ ـ ٣٠ ( ) ٣ ـ ٣٠ ـ ٤٠ ( )
٤ ـ ٤٠ ـ ٥٠ ( ) ٥ ـ ٥٠ ـ ٦٠ ( ) ٦ ـ أكبر من ٦٠ ( )

٣ ـ النوع : ١ ـ ذكر ( ) ٢ ـ أنثى ( )

٤ ـ الديانة ١ ـ الاسلام ( ) ٢ ـ أخرى ( )

٥ ـ الجنسية : ١ ـ عماني ( ) ٢ ـ عربي ( ) ٣ ـ أجنبي ( )

٦ ـ المستوي التعليمي: ١ ـ أقل من المتوسط ( ) ٢ ـ دبلوم متوسط ( )
٣ ـ فوق المتوسط ( ) ٤ ـ مؤهل جامعي ( )
٤ ـ ماجستير فاكثر ( )

٧ ـ المهنة ١ ـ ادارية عليا ( ) ٢ ـ ادارية متوسطة ( )
٣ ـ خدمة اجتماعية ( ) ٤ ـ خدمة نفسية ( )
٥ ـ طبية علاجية ( ) ٦ ـ رياضية ( )
٧ ـ علاج طبيعي ( ) ٨ ـ تاهيل ( )
٩ ـ تربوية ( ) ١٠ ـ خدمات عامة ( )
١١ ـ خارج التخصص ( ) ١٢ ـ تشغيل/متابعة ( )
١٣ ـ أعمال أخرى ( )

٨ ـ الخبرة في مجال العمل :

١ ـ أقل من عامين ( ) ٢ ـ ٢ ـ ٥ سنوات ( )
٣ ـ ٥ ـ ١٠ سنوات ( ) ٤ ـ أكثر من ١٠ ( )

٩ ـ محل الاقامة : ١ ـ داخل المؤسسة ( ) ٢ - خارج المؤسسة ( )

ثانيا : ظروف الألتحاق بالعمل وشروطة

١٠ ـ كيف تم تعيينك بالمركز أو بالمؤسسة ؟

١ ـ عن طريق اعلان ( ) ٢ ـ بدون اعلان ( )

٣ ـ متطوع ـ ( )

١١ ـ نوع الأعمال الوظيفية السابقة :

٢ ـ قريب من العمل ( ) ٣ ـ في مجال مختلف ( )

١٢ ـ هل كانت لديك الرغبة من البداية في العمل مع المعوقين ؟

١ ـ نعـــم ( ) ٢ ـ لا ( )

في حالة الأجابة (بنعم) أجب رقم ١٣ :

١٣ ـ لماذا ؟ ١ ـ العمل في المؤسسة أو المركز مثل أي عمل في مكان أخر ( )

٢ ـ لدي الرغبة في التعرف علي نوعية خدمات رعاية المعوقين ( )

٣ ـ لأن تخصص وخبرتي الأساسية في هذا المجال ( )

٤ ـ لأن العمل مع المعوقين واجب انساني ( )

٥ ـ بسبب صعوبة الحصول علي عمل أخر ( )

٦ ـ أسباب أخري تذكر :

في حالة الأجابة (بلا) أجب رقم ١٤

١٤ ـ لماذا ؟ ١ ـ الخوف من تصرفات المعوقين ( )

٢ ـ ليس عندي خبرة في هذا المجال ( )

٣ ـ تنقصني القدرة الجسمية والنفسية ( )

٤ ـ لصعوبة العمل في هذا المجال ( )

٥ ـ لقلة الراتب ( )

٦ ـ لبعد المركز أو المؤسسة عن مسكني ( )

٧ ـ أسباب أخري ، تذكر :

١٥ ـ اذا كانت امامك فرصة للانتقال الي عمل آخر ، هل توافق علي الانتقال أم تستمر هنا ؟

١ ـ أوافق ( ) ٢ ـ لا أوافق ( )

في حالة (عدم الموافقة) علي الانتقال أجب رقم ١٦

١٦ ـ لماذا ؟ ١ ـ تعودت علي العمل هنا ( ) ٢ ـ لوجود فائدة مادية ( )
٣ ـ العمل هنا انساني ( ) ٤ ـ لرغبتي في تقديم خبراتي ( )
٥ ـ لأن العمل هنا مريح ( ) ٦ ـ عدم وجود مسئولية محددة ( )
٧ ـ أشعر بالرضا النفس ( ) ٨ ـ التمسك باصدقاء وزملاء العمل ( )
٩ ـ اسباب أخري ـ تذكر

١٧ ـ ما رأيك في أهم الشروط التي يجب توافرها في العاملين في مجال رعاية

١ ـ الشهادة ( ) ٢ ـ التخصص ( )
٣ ـ الخبرة ( ) ٤ ـ الأتزان النفسي ( )
٥ ـ حب العمل في هذا المجال ( ) ٦ ـ الاحساس بالمسؤلية ( )
٧ ـ دورة تدريبية قبل بدء العمل ( ) ٨ ـ القوة البدنية ( )
٩ ـ قوة التحمل والصبر ( ) ١٠ ـ الاستعداد للعمل مع المعوقين ( )
١١ ـ شروط أخري ، تذكر :

ثالثا : المعوقون كفئة اجتماعية

١٨ – بصفتك من العاملين في مجال رعاية المعوقين ، ما هو رأيك فيهم كفئة اجتماعية ؟

١ ـ هم من ضحايا المجتمع ( ) ٢ ـ فئة تحتاج لمساعدة كبيرة من المجتمع ( )
٣ ـ مرضي مثل غيرهم من المرضي ( ) ٤ ـ يجب أن يتحملوا قضاء الله وقدرة ( )
٥ ـ فئة لا أمل فيها ( ) ٦ ـ لا يجب عزلهم عن المجتمع ( )
٧ ـ يجب رعايتهم والأهتمام بهم ( ) ٨ ـ يجب رعاية أسرهم ( )
٩ ـ يجب تأهيلهم وتشغيلهم ( ) ١٠ ـ آراء أخري ـ تذكر : ( )

رابعا: أسباب الأعاقة

١٩ ـ من واقع خبرتك في مجال رعاية المعوقين بالسلطنة ، رتب أهم أسباب الأعاقة حسب أهميتها في رأيك ؟

١ ـ الظروف الأقتصادية	( )	٢ ـ زواج الأقارب	( )
٣ ـ سوء التغذية	( )	٤ ـ الأهمال	( )
٥ ـ التسمم	( )	٦ ـ السحر ومسّ الجن	( )
٧ ـ الحسد	( )	٨ ـ تعدد الزوجات	( )
٩ ـ كثرة عدد أطفال الأسرة	( )	١٠ ـ ارتفاع معدّل الطلاق	( )
١١ ـ نقص الوعي الصحي	( )	١٢ ـ نقص الرعاية الاجتماعية	( )
١٣ ـ نقص الرعاية الطبية	( )	١٤ ـ تقصير وسائل الاعلام	( )
١٥ ـ الأمية والجهل	( )	١٦ ـ التلوث البيئي	( )
١٧ ـ نقص الأمن الصناعي	( )	١٨ ـ عدم تطعيم الأطفال	( )
١٩ ـ التشخيص الطبي الخطأ	( )	٢٠ ـ تناول أدوية خطأ	( )
٢١ ـ حوادث الطريق والمرور	( )	٢٢ ـ المشاجرات والخلافات	( )
٢٣ ـ نقص رعاية الحوامل	( )	٢٤ ـ نقص الرعاية الدورية للأطفال	( )

٢٥ ـ أسباب أخري ، تذكر :

خامسا: درجة الوعي الأجتماعي بالاعاقة

٢٠ - هل يوجد اعتقاد سائد في المجتمع عن وجود أشخاص من غير الأطباء يستطيعون التعامل مع الأعاقة وعلاجها ؟

١ ـ نعـــم ( ) ٢ ـ لا ( )

في حالة الأجابة بنعم ، أجب رقم ٢١

٢١ ـ مثل من ؟ ١ ـ الوسام ( ) ٢ ـ البصار ( )
٣ ـ متخصص في السحر ( ) ٤ ـ المعلم ( )
٥ ـ رجل الدين ( ) ٦ ـ الطبيب الشعبي ( )
٧ ـ أشخاص أخرين ، يذكروا

٢٢ ـ هل يتداول الناس هنا بعض الأمثال الشعبية عن الأعاقة والمعوقين ؟

١ ـ نعـــم ( ) ٢ ـ لا ( )

في حالة الأجابة (بنعم) ، أجب رقم

٢٣ ـ أكتب فيما يلي بعض الأمثال الشعبية الشائعة في هذا المجال

١ ـ
٢ ـ
٣ ـ
٤ ـ

٢٤ ـ ما رأيك فيما تعرضه وسائل الاعلام (الصحف والمجلات والأذاعة والتليفزيون) عن المعوقين ؟

١ ـ تعبر عن الواقع الفعلي ( ) ٢ ـ تعرض بهدف الضحك والتسلية ( )
٣ ـ تعرض بصورة دعائية فقط ( ) ٤ ـ لأثارة التعاطف معهم فقط ( )
٥ ـ يجب الأهتمام اعلاميا بالمراكز ( ) ٦ ـ توجد فقط بعض الحملات الصحفية ( )

٢٥ ـ هل يوجد في التراث العماني بعض الأمثلة والنصائح عن المعوقين ورعايتهم

١ ـ نعـــم ( ) ٢ ـ لا ( )

في حالة الأجابة (بنعم) يذكر بعضها فيما يلي :

١ ـ
٢ ـ
٣ ـ
٤ ـ

سادسا : الأداء الوظيفي والمهني

٢٦ ـ ما هي المجالات التي حصلت فيها علي خبرة في عملك الحالي ؟

١ ـ المتخلفون عقليا	( )	٢ ـ الصم والبكم	( )
٣ ـ المكفوفون	( )	٤ ـ مرضي الشلل	( )
٥ ـ المرضي العقليون والنفسيون	( )	٦ ـ متعددو الأعاقات	( )
٧ ـ الأحداث والجانحون	( )	٨ ـ خبرات أخري ، تذكر :	

٢٧ ـ ما هي الأدوأت والاختبارات المستخدمة في المركز أو المؤسسة التي تعمل بها ؟

ضع علامة / أمام ما يستخدم بالفعل فيما يلي :

١ ـ استمارة طلب الألتحاق	( )	٢ ـ اسمارة بحث اجتماعي للأسرة	( )
٣ ـ استمارة فحص طبي	( )	٤ ـ اختبار ستانفورد بينيه للذكاء	( )
٥ ـ اختبار وكسلر بلفيو للراشدين	( )	٦ ـ اختبار وكسلر للأطفال	( )
٧ ـ اختبار رسم الرجل	( )	٨ ـ متاهات بورتيوس	( )
٩ ـ الذكاء المصور	( )	١٠ ـ مقياس النضج العقلي	( )
١١ ـ مقياس السلوك التوافقي		١٢ ـ أدوات أخري ، تذكر :	

٢٨ ـ ما هو الهدف من استخدامكم للأدوات والأختبارات في المؤسسة أو المركز ؟

١ ـ جمع بيانات عن المعوق	( )	٢ ـ جمع بيانا عن أسرة المعوق	( )
٣ ـ معرفة أسباب الأعاقة	( )	٤ ـ تشخيص الأعاقة	( )
٥ ـ تصنيف حالات الاعاقة	( )	٦ ـ قياس ذكاء المعوق	( )
٧ ـ التوجيه المهني	( )	٨ ـ التأهيل المهني	( )
٩ ـ التوجيه التعليمي	( )	١٠ ـ تحديد صعوبات التعليم	( )
١١ ـ تحديد المشكلات السلوكية	( )	١٢ ـ تقويم برامج الرعايه والتأهيل	( )
١٣ ـ تقويم أداء الأفراد بعد البرنامج	( )	١٤ ـ تحديد القدرات المتبقية عند المعاق	( )

١٥ ـ أهداف أخري ، تذكر :

سابعا : التدريب والأعداد المهني أثناء الخدمة

٢٩ ـ هل سافرت في بعثة دراسية أو تدريبية بعد التحاقك بالعمل في المركز أو المؤسسة؟

١ ـ نعـــم ( ) ٢ ـ لا ( )

في حالة الأجابة (بنعم) أجب رقمي ٣٠ و ٣١

٣٠ ـ ما هي مدة البعثة أو الدورة ؟

١ ـ في دولة عربية ( ) ٢ ـ في دولة أجنبية ( )

٣١ ـ ما هي مدة البعثة أو الدورة ؟

١ ـ أقل من ٣ شهور ( ) ٢ ـ من ٣ ـ ٦ شهور ( )
٣ ـ من ٦ ـ ١٢ شهر ( ) ٤ ـ من سنة الي سنتين ( )
٥ ـ أكثر من سنتين ( )

٣٢ ـ هل اشتركت في دورات تدريبية داخل السلطنة بعد التحاقك بالعمل في المركز أو المؤسسة ؟

١ ـ نعم ( ) ٢ ـ لا ( )

في حالة الأجابة (بنعم) ، أجب رقمي ٣٣ ، ٣٤

٣٣ ـ كم كان عدد الدورات التي اشتركت فيها ، يكتب العدد :

٣٤ ـ ماذا كان موضوع الدورة أو الدورات التي اشتركت فيها ؟

١ ـ رعاية المعوقين نفسيا واجتماعيا ( ) ٢ ـ تأهيل وعلاج المعوقين ( )
٣ ـ اكتشاف الأعاقة ( ) ٤ ـ رعاية أسر المعوقين ( )
٥ ـ تشغيل المعوقين ( ) ٦ ـ موضوعات عامة عن الأعاقة والمعوقين ( )

٣٥ ـ هل اشتركت في مؤتمرات أو ندوات محلية أو عربية أو عالمية في مجال الأعاقة والمعوقين بعد التحاقك بالعمل في المؤسسة أو المركز ؟

١ـ نعـم ( ) ٢ـ لا ( )

في حالة الأجابة (بنعم) أجب رقم ٣٦ :

٣٦ ـ ما هي هذه المؤتمرات والندوات ؟

١ ـ المؤتمرات أو الندوات المحلية : ١ـ
٢ـ
٣ـ

٢ ـ المؤتمرات أو الندوات العربية : ١ـ
٢ـ
٣ـ

٣ ـ المؤتمرات أو الندوات الدولية : ١ـ
٢ـ
٣ـ

٣٧ ـ هل اشتملت دراستك علي دراسة المجالات التالية أو بعضها ؟

أسم المجال	١ـ نعم	٢ـ لا
١ ـ التخلف العقلي	( )	( )
٢ ـ اضطراب الشخصية	( )	( )
٣ ـ علم النفس الكلينيكي	( )	( )
٤ ـ الصحة النفسية	( )	( )
٥ ـ القياس النفسي	( )	( )
٦ ـ الطب النفسي	( )	( )
٧ ـ علم الاجتماع الطبي	( )	( )
٨ – الطب النفسي الاجتماعي	( )	( )
٩ ـ علم اجتماع المؤسسات	( )	( )
١٠ ـ الخدمة الاجتماعية	( )	( )

١١ ـ مجالات أخري ـ تذكر :

ثامنا: التشغيل والمتابعة

٣٨ ـ ما هي المدة التي يحتاجها المعوق بالمؤسسة أو المركز قبل الخروج الي مجال التشغيل والعمل ؟

١ ـ أقل من سنة ( ) ٢ ـ سنة ـ سنتين ( )

٣ ـ سنتين ـ ثلاثة ( ) ٤ ـ أكثر من ٣ سنوات ( )

٣٩ ـ ما هي المهن المتاحة التي يتم التدريب عليها ؟

١ ـ ٢ ـ

٣ ـ ٤ ـ

٥ ـ ٦ ـ

٤٠ ـ ما هي الجهة المسؤولة عن تشغيل المعوق بعد تأهيلة ؟

١ ـ المركز أو المؤسسة ( ) ٢ ـ وزارة الشؤون الاجتماعية ( )

٣ ـ وزارة الخدمة المدنية ( ) ٤ ـ وزارة العمل والتدريب المهني ( )

٥ ـ جهات أخري ـ تذكر :

٤١ ـ ما هي الصعوبات التي تواجهكم في تشغيل الخريجين من المعوقين بعد انتهاء تأهيلهم وتدريبهم ؟

١ ـ نقص فرص العمل المتاحة ( ) ٢ ـ رفض أصحاب الأعمال ( )

٣ ـ نقص الراتب ( ) ٤ ـ التخوف من تشغيل المعوق ( )

٥ ـ مشكلة المواصلات ( ) ٦ـ عدم تطبيق قانون العمل الخاص بهم ( )

٧ ـ عدم وجود جمعيات تهتم بتشغيل الشخص المعوق ( )

٨ ـ عدم تدريب المعوق علي مهنة يحتاجها سوق العمل ( )

٩ ـ تشغيل المعوق في مهنة غير المهنة التي تدرب عليها ( )

١٠ ـ صعوبات أخري ، تذكر :

٤٢ ـ ما هي الصعوبات والمشكلات التي تحدث بعد تشغيل الخريج ؟

١ ـ عدم الاستمرار في العمل ( ) ٢ ـ كثرة التغيب والاجازات ( )
٣ ـ التأخير الدائم عن العمل ( ) ٤ ـ عدم الالتزام باداء العمل المطلوب ( )
٥ ـ اثارة المشكلات مع الزملاء ( ) ٦ ـ لا يقوم بعمل حقيقي في مجال العمل ( )
٧ ـ صعوبة المواصلات للمعوق ( )
١٠ ـ صعوبات أخري ـ تذكر :

تاسعا : معوقات العمل الوظيفي

٤٣ ـ هل يوجد في المؤسسة أو المركز نقص في التخصصات الضرورية والوظائف المساعدة في عملية التأهيل والرعاية ؟

١ ـ نعـــم ( ) ٢ ـ لا ( )

في حالة الأجابة (بنعـم) ، أجب رقم ٤٤ :

٤٤ ـ ما هي هذه التخصصات والوظائف ؟

١ ـ اخصائيين نفسيين ( ) ٢ ـ اخصائيين اجتماعيين ( )
٣ ـ اخصائيين تأهيل ( ) ٤ ـ اخصائيين توجيه ( )
٥ ـ معلمين التربية الخاصة ( ) ٦ ـ اخصائيين رياضيين وعلاج طبيعي ( )
٧ ـ الأطباء بصفة عامة ( ) ٨ ـ المدربين ( )
٩ ـ نقص الكوادر العمانية عامة ( ) ١٠ ـ وظائف أخري ، تذكر : ( )

٤٥ ـ هل توجد بالمؤسسة أو المركز وظائف أو تخصصات ليس لها دور في رعاية المعوقين وتشغيلهم ؟

١ ـ نعـــم ( ) ٢ ـ لا ( )

في حالة الأجابة (بنعـم) ، أجب رقم ٤٦ :

٤٦ـ أذكر بعض تلك الوظائف أو التخصصات :

١ـ　　　　　　٢ـ

٣ـ　　　　　　٤ـ

٤٧ـ هل يوجد نقص في التجهيزات والمعدات اللازمة للقيام بعملكم بصورة جيدة ؟

١ـ نعـم　( )　　٢ـ لا　( )

في حالة الأجابة (بنعم) ، أجب رقم ٤٨ :

٤٨ـ أذكر بعض أوجه النقص :

١ـ المبني والمنشأة عامة ( )　٢ـ قاعات التأهيل والتدريب ( )
٣ـ قاعات الاختبارات والمقابلات ( )　٤ـ اختبارات نفسية مقننة محليا ( )
٥ـ استمارات البحث الاجتماعي ( )　٦ـ أجهزة علاج طبيعي ورياضي ( )
٧ـ قاعات لجتماعات ( )　٨ـ ورش تدريب مهني ( )
٩ـ بعض الخامات للتدريب ( )　١٠ـ أشياء أخري ـ تذكر :

٤٩ـ هل توجد معوقات أخري من خارج المؤسسة أو المركز ؟

١ـ نعـم　( )　　٢ـ لا　( )

في حالة الأجابة (بنعم) ، أجب رقم ٥٠ :

٥٠ـ أذكر بعض تلك المعوقات :

١ـ مشكلة التعاون بين أسرة المعوق والمركز أو المؤسسة ( )
٢ـ مشكلة التعاون بين القطاعات المختلفة في المجتمع مع المركز أو المؤسسة ( )
٣ـ مشكلة نقص الوعي العام عن الإعاقة والمعوق ( )
٤ـ عدم قدرة المركز أو المؤسسة علي استيعاب جميع الحالات المتقدمة ( )
٥ـ نقص الاعانات المادية والدعم المالي الذي يقدم للمؤسسة أو المركز ( )
٦ـ معوقات أخري ـ تذكر :

عاشرا : مقترحات لرفع مستوي كفاءة الرعاية النفسية والاجتماعية للمعوقين

٥١ ـ فيما يلي عدد من المقترحات لرفع مستوي كفاءة العمل في المركز أو المؤسسة ـ أذكر أهمها ؟

١ ـ عمل مسح احصائي للمعوقين ( ) ٢ ـ زيادة الامكانات المادية والمالية ( )
٣ ـ توفير جميع الكوادر والتخصصات العمانية والأجنبية اللازمة ( )
٤ ـ التدريب الدوري لكل العاملين بالمؤسسة أو المركز ( )
٥ ـ ارسال بعثات اكاديمية أو تدريبية في مجال التخصصي ( )
٦ ـ تنظيم وتدعيم التعاون بين المؤسسة أو المركز ومراكز البحوث بالمجتمع ( )
٧ ـ تنظيم وتدعيم التعاون بين المركز أو المؤسسة والجامعة ( )
٨ ـ تنظيم وتدعيم التعاون بين المركز أو المؤسسة والوزارات والجهات المعنية ( )
٩ ـ توفير الأجهزة والمعدات والأختبارات اللازمة ( )
١٠ ـ توفير المنشآت اللازمة بالمركز أو المؤسسة ( )
١١ ـ انشاء ورش محمية لتدريب وتشغيل المعوقين ( )
١٢ ـ متابعة تنفيذ القوانين المنظمة لرعاية وتشغيل وحماية المعوقين ( )
١٣ ـ التوسع في انشاء جمعيات خيرية تساهم في رعاية وحماية المعوقين ( )
١٤ ـ انشاء مراكز ومؤسسات لرعاية المعوقين في الولايات المختلفة بالسلطنة ( )
١٥ ـ انشاء مدارس للتربية الخاصة بالمناطق المختلفة ( )
١٦ ـ وضع وتنفيذ برنامج لأعداد مدرس عماني للتربية الخاصة ( )
١٧ ـ ضرورة اهتمام وسائل الاعلام المختلفة بتقديم برامج خاصة عن المعوقين ( )
١٨ ـ ضرورة الاستفادة من المؤسسات والهيئات الدولية في مجال رعاية المعوقين ( )
١٩ ـ اقتراحات أخري : تذكر :

٥٧ ـ آراء ومقترحات أخري يمكن اضافتها مع خالص الشكر :

(٢)
جداول البحث

جدول رقم (أ) يوضح سحب عينة الدراسة علي مستوي جميع مؤسسات المعوقين

العينة / (١) عينة المعوقون		المدارس: الأمل	المدارس: الفكرية	المجموع	المراكز: بديد	المراكز: الخوض	المراكز: صلالة	المراكز: العمانية	المجموع	المستشفيات •: السلطاني	المستشفيات •: النهضة	المستشفيات •: خولة	المستشفيات •: ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
العدد الكلي	ك	٢٠٤	١٥٠	٣٥٤	٢٥	٤٥	٣٠	١٢	١١٢	٦٠	٣٠	٤٠	٦٥	١٩٥	٦٥٧
العينة	ك	٣٥	٤٩	٨٤	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	٣٤	١٢	٢٤	٤٣	١١٣	٢٥٠
نسبة العينة إلي العدد الكلي	٪	١٧ر١	٣٢ر٦	٢٣ر٥	٢٤	٦٦ر٦	٤٦ر٦	٢٥	٤٧ر٣	٥٦ر٦	٤٠	٦٠	٦٦	٥٧ر٩	٣٨
نسبة العينة إلي حجم العينة الكلي	٪	١٤	١٩ر٦	٣٣ر٦	٢ر٤	١٢	٥ر٦	١ر٢	٢١ر٢	١٣ر٢	٥ر٢	٩ر٦	١٧ر٢	٤٥ر٢	١٠٠
(٢) عينة العاملون والمسئولون															
العدد الكلي	ك	٣٧	٢٧	٧٨	١٤	٣٤	٣٥	١٠(••)	٧٩	٢٥	١٥	٢٥	١٦٥	٢٣٠	٢٨٧
العينة	ك	٣٢	١٢	٤٥	٨	١٤	٢٩	٧	٥٨	٦	٤	١٢	٢٥	٤٧	١٥٠
نسبة العينة إلي العدد الكلي	٪	٨٦ر٤	٤٨	٥٧ر٦	٤١	٤١	٨٢ر٨٠	٧٠	٧٣ر٤	٢٤	٢٦ر٦	٥٠	١٥ر١	٢٠ر٤	٣٨ر٧
نسبة العينة إلي حجم العينة الكلي	٪	٢١ر٣٣	٨ر٦٧	٣٠	٩ر٣٣	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٢ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٣٠ر٦٦	١٠٠

• بالنسبة لعدد المعوقين الكلي في قطاع المستشفيات تم تحديدها بمتوسط الاقامة الفعلية للمعوقين أثناء اجراء الدراسة الميدانية .

•• المسئولون في نفس القطاع (ما عدا مستشفي ابن سينا) تم تحديده فقط علي مستوي الأقسام العلاجية التي تتعامل مع المعوقين

(•) عينة العاملين والمسئولين تشمل كل من جمعية المرأة العمانية والمديرية العامة للمرأة والطفل بوزارة الشئون الاجتماعية

جدول رقم (١) يوضح التركيب النوعي لعينة البحث من المعوقين

المتغيرات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المهموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
ذكور	ك	٣٦	٢٥	٥١	٢	١٤	٤	٣	٢٣	٢٢	٩	٢١	٢٩	٨١	١٥٥
	٪	١٠ر٤	١٠	٢٠ر٤	ر٨	٥ر٦	١ر٦	١ر٢	٩ر٢	٨ر٨	٢ر٦	٨ر٤	١١ر٦	٣٢ر٤	٦٢
اناث	ك	٩	٢٤	٣٣	٤	١٦	١٠	-	٣٠	١١	٤	٣	١٤	٣٢	٩٥
	/	٣ر٦	٩ر٦	١٣ر٢	١ر٦	٦ر٤	٤	-	١٢	٤ر٤	١ر٦	١ر٢	٥ر٦	١٢ر٨	٣٨
المجموع	ك	٢٥	٤٩	٨٤	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	٣٣	١٣	٢٤	٤٣	١١٣	٢٥٠
	٪	١٤	١٩ر٦	٣٣ر٦	٢ر٤	١٢	٥ر٦	١ر٢	٢١ر٢	١٣ر٢	٥ر٢	٩ر٦	١٧ر٢	٤٥ر٢	١٠٠

جدول رقم (٢) يوضح توزيع مفردات العمر لعينة (الموقين)

العينة / فئات السن		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
أقل من ٥ سنوات	ك	-	-	-	١	-	١	-	٢	١٢	-	-	-	١٢	١٤
	٪	-	-	-	ر٤	-	ر٤	-	ر٨	٤ر٨					٥ر٦
٥ - ١٠ سنة	ك	-	٨	٨	٣	-	٢	-	٥	٣	-	٢	-	٥	١٨
	٪	-	٣ر٢	٣ر٢	١ر٢	-	ر٨	-	٢	١ر٢		ر٨			٧ر٢
١٠ - ١٥ سنة	ك	٣	٣٣	٣٦	٢	١٠	١٠	٣	٢٥	٢	-	-	٣	٥	٦٦
	٪	١ر٢	١٣ر٢	١٤ر٤	ر٨	٤	٤	١ر٢	٤٧	ر٨			١ر٢		٢٦ر٤
١٥ - ٢٥ سنة	ك	٣٦	٨	٣٤	-	١٥	١	-	١٦	٢	١	٤	٥	١٢	٦٢
	٪	١٠ر٤	٣ر٢	١٣ر٦	-	٦	ر٤	-	٣٠	ر٨	ر٤	١ر٦	٢		٢٤ر٨
٢٠ - ٢٥ سنة	ك	٦	-	٦	-	٤	-	-	٤	١	٢	٥	٩	١٧	٢٧
	٪	٢ر٤	-	٢ر٤	-	١ر٦	-	-	١ر٦	ر٤	ر٨	٢	٣ر٦		١٠ر٨
٢٥ سنة فأكثر	ك	-	-	-	-	١	-	-	١	١٣	١٠	١٣	٢٦	٦٢	٦٣
	٪	-	-	-	-	ر٤	-	-	ر٤	٥ر٢	٤	٥ر٢	١٠ر٤		٢٥ر٢
المجموع	ك	٢٥	٤٩	٨٤	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	٣٣	١٣	٢٤	٤٣	١١٣	١٥
	٪	١٤	١٩ر٦	٣٣ر٦	٢ر٤	١١	٥ر٦	١ر٢	٢١ر٢	١٣ر٢	٥ر٢	٩ر٦	١٧ر٢	٤٥ر٣	١٠

جدول رقم (٣) يوضح الوطن الأصلي لعينة البحث من المعوقين

المتغيرات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
ريف / بدو	ك	٢٣	٩	٣٢	٦	٢٤	٩	٣	٤٢	٢٧	٨	١٦	٣٧	٨٨	١٦٢
	/	٩ر٢	٣ر٦	١٢ر٨	٢ر٤	٩ر٦	٣ر٦	١ر٢	١٦ر٨	١٠ر٨	٣ر٢	٦ر٤	١٤ر٨	٣٥ر٢	٦٤ر٨
حضر	ك	١٢	٤٠	٥٢		٦	٥		١١	٦	٥	٨	٦	٢٥	٨٨
	/	٤ر٨	١٦	٢٠ر٨		٢ر٤	٢		٤ر٤	٢ر٤	٢	٣ر٢	٢ر٤	١٠	٣٥ر٢
									٥٣						
المجموع	ك	٣٥	٤٩	٨٤	٦	٣٠	١٤	٣	٢١ر٢	٣٣	١٣	٢٤	٤٣	١١٣	٢٥٠
	/	١٤	١٩ر٦	٣٣ر٦	٢ر٤	١٢	٥ر٦	١ر٢		١٣ر٢	٥ر٢	٩ر٦	١٧ر٢	٤٥ر٢	١٠٠

جدول رقم (٤) يوضح الحالة الاجتماعية لعينة البحث من المعوقين

المتغيرات	العينة	المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بديد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
أعزب	ك	٣٥	٤٧	٨٢	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	١٨	٤	١٢	٢٣	٥٧	١٩١
	٪	١٤	١٨٫٨	٣٢٫٨	٢٫٦	١٢	٥٫٦	١٫٢	٢١٫٢	٧٫٢	١٫٦	٤٫٨	٩٫٢	٢٢٫٨	٧٦.٤
متزوج	ك		٢	٢						١٢	٨	١١	١٢	٤٣	٤٦
	٪		٫٨	٫٨						٤٫٨	٣٫٢	٤٫٤	٤٫٨	١٧٫٢	١٨٫٤
أرمل	ك									٣	١		١	٥	٥
	٪									١٫٢	٫٤		٫٤	٢	٢
مطلق	ك											١	٧	٨	٨
	٪											٫٤	٢٫٨	٣٫٢	٣٫٢
المجموع	ك	٣٥	٤٩	٨٤	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	٣٣	١٣	٢٤	٤٣	١١٣	٢٥٠
	٪	١٤	١٩٫٦	٣٣٫٦	٢٫٦	١٢	٥٫٦	١٫٢	٢١٫٢	١٣٫٢	٥٫٢	٩٫٦	١٧٫٢	٤٥٫٢	١٠٠

جدول رقم (٥) يوضح الحالة التعليمية لعينة البحث من المعوقين

المتغيرات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
أمي	ك				٢		١	٣	٧	٢٧	٥	٧	٢٨	٦٧	٧٤
	٪				٢ر١		٤ر	٢ر١	٨ر٢	٨ر١٠	٢	٨ر٢	٢ر١١	٨ر٢٦	٦ر٢٩
يقرأ فقط	ك						٢		٢	٣	٣		٤	١٠	١٢
	٪						٨ر		٨ر	٢ر١	٢ر١		٦ر١	٥ر٢	٨ر٤
يقرأ ويكتب	ك		٥	٥	٢	٧	٦		١٥	١	٣	٤	٥	١٣	٢٨
	٪		٢	٢	٨ر	٨ر٢	٤ر٢		٦	٤ر	٢ر١	٦ر١	٢	٢ر٥	٢ر١١
ابتدائي	ك	١٢	٢٤	٣٦		٢٠	٤		٢٤	١	١	٢	٥	٩	٦٩
	٪	٨ر٤	٦ر٩	٤ر١٤		٨	٦ر١		٦ر٩	٤ر	٤ر	٨ر	٢	٦ر٣	٦ر٢٧
اعدادي عام / فني	ك	٢٣	٢٠	٤٣	١	٣	١		٥		١	٥	١	٧	٥٥
	٪	٢ر٩	٨	٢ر١٧	٤ر	٢ر١	٤ر		٢		٤ر	٢	٤ر	٨ر٢	٢٢
ثانوي عام / فني	ك											٥		٥	٥
	٪											٢		٢	٢
معهد / كلية	ك														
	٪														
متوسطة	ك														
	٪														
جامعي	ك									١		١			
	٪									٤ر		٤ر			
المجموع	ك	٣٥	٤٩	٨٤	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	٣٣	١٣	٢٤	٤٣	١١٣	٢٥٠
	٪	١٤	٦ر١٩	٦ر٣٣	٤ر٢	١٢	٦ر٥	٢ر١	٢ر٢١	٢ر١٣	٢ر٥	٦ر٩	٢ر١٧	٢ر٤٥	١٠٠

جدول رقم (٦) يوضح أسباب حدوث الاعاقة لعينة البحث من المعوقين

أسباب الإعاقة / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
خلقي	ك	٩	١٣	٢٢	٤	١٢	٦		١٦	٦			٢	٨	٤٦
	٪	٣ر٦	٥ر٢	٨ر٨	١ر٦	٤ر٨	٢ر٦		٦ر٤	٢ر٦			٨ر	٣ر٢	١٨ر٤
وراثي	ك	٥	٢٢	٢٨	١	١١	٣		١٥	١٦	١٢	٢	٢٥	٥٥	٩٨
	٪	٢	٩ر٢	١١ر٢	٤ر	٤ر٤	١ر٢		٦	٦ر٤	٤ر٨	٨ر	١٠	٢٢	٣٩ر٢
مرضي	ك	٢٨	١٤	٤٢	١	٥			٦				١	١	٤٩
	٪	١١ر٢	٥ر٦	١٦ر٨	٤ر	٢			٢ر٦				٤ر	٤ر	١٩ر٦
حادث	ك						٣	١	٤	٣		٢٠	٢	٢٥	٢٩
	٪						١ر٢	٤ر	١ر٦	١ر٢		٨	٨ر	١٠	١١ر٦
سوء تغذية	ك					١			١	١		١		٢	٣
	٪					٤ر			٢ر	٤ر		٤ر		٨ر	١ر٢
مرض مزمن	ك					٢			٢				١٦	١٦	١٨
	٪					٨ر			٨ر				٦ر٤	٦ر٤	٧ر٢
شلل	ك		٣	٣		١٢	١	٢	١٥	٧	١	٢		١٠	٢٨
	٪		١ر٢	١ر٢		٤ر٨	٤ر	٨ر	٦	٢ر٨	٤ر	٨ر		٤	١١ر٢
نقص الوعي الصحي	ك	٩	١٤	٢٣	٤	١٢	٦	٢	٢٤	١٦	١٢	٢٠	٢٥	٧٣	١٢٠
	٪	٣ر٦	٥ر٦	٩ر٢	١ر٦	٤ر٨	٢ر٦	٨ر	٩ر٦	٦ر٤	٤ر٨	٨	١٠	٢٩ر٢	٤٨
علاج شعبي	ك	١	١	١		٢			٢	٢	٣		١	٦	٩
	٪	٤ر	٤ر	٤ر		٨ر			٨ر	٨ر	١ر٢		٤ر	٢ر٦	٣ر٦
علاج طبي خاطئ	ك		٣	٣		٥	٥		١٠	٣	٢			٥	١٨
	٪		١ر٢	١ر٢		٢	٢		٤	١ر٢	٨ر			٢	٧ر٢
عدم التطعيم	ك					٩	٢		١١	٣	١			٤	١٥
	٪					٣ر٦	٨ر		٤ر٤	١ر٢	٤ر			١ر٦	٦

جدول رقم (٧) يوضح أنواع اعاقات المبحوثين من المعوقين

المتغيرات / العينة		المدارس: الأمل	المدارس: الفكرية	المجموع	المراكز: بدبد	المراكز: الخوض	المراكز: صلالة	المراكز: العمانية	المجموع	المستشفيات: السلطاني	المستشفيات: النهضة	المستشفيات: خولة	المستشفيات: ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
اعاقات حركية	ك				١	١٥	٣	٢	٢١	١٧	٨	٢٣		٤٨	٦٩
	٪				٤ر	٦	١ر٢	٨ر	٨ر٤	٦ر٨	٣ر٢	٩ر٢		١٩ر٢	٢٧ر٦
اعاقات حسية	ك	٣٥		٣٤	٣	٩	٤		١٦	٢	٣			٥	٥٥
	٪	١٤		١٤	١ر٢	٣ر٦	١ر٦		٦ر٤	٨ر	١ر٢			٢	٢٢
اعاقات عقلية	ك		٤٩	٤٩		٤	٤		٨	٨			٣٧	٤٥	١٠٢
	٪		١٩ر٦	١٩ر٦		١ر٦	١ر٦		٣ر٢	٣ر٢			١٤ر٨	١٨	٤٠ر٨
اعاقات نفسية	ك					١	٢		٣	١			٦	٧	٩
	٪					٤ر	٨ر		١ر٢	٤ر			٢ر٤	٢ر٨	٣ر٦
اعاقات متعددة	ك				٢	١	١	١	٥	٥	٢	١		٨	١٣
	٪				٨ر	٤ر	٤ر	٤ر	٢	٢	٨ر	٤ر		٣ر٢	٥ر٢
المجموع		٣٥	٤٩	٨٤	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	٣٣	١٣	٢٤	٤٣	١١٣	٢٥٠
		١٤	١٩ر٦	٣٣ر٦	٢ر٤	١٢	٥ر٦	١ر٢	٢١ر٢	١٣ر٢	٥ر٢	٩ر٦	١٧ر٢	٤٥ر٢	١٠٠

جدول رقم (٨) يوضح العمر عند حدوث الاعاقة

المتغيرات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بنيد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
منذ الولادة	ك	٢٩	٢٤	٥٣	٤	١٢	٧		٢٣	١١			٣	١٤	٩٠
	٪	١١ر٦	٩ر٦	٢١ر٢	١ر٦	٤ر٨	٢ر٨	٢	٩ر٢	٤ر٤			١ر٢	٥ر٦	٣٦
أقل من ٥ سنوات	ك	٤	٢١	٢٥	٢	١٣	٥	ر٨	٢٢	٩	١	٧	٥	٢٢	٦٩
	٪	١ر٦	٨ر٤	١٠	ر٨	٥ر٢	٢		٨ر٨	٣ر٦	ر٤	٢ر٨	٢	٨ر٨	٢٧ر٦
٥ - ١٠ سنوات	ك	٢	٤	٦		٤	٢	١	٦		١	٣	٩	١٣	٢٥
	٪	ر٨	١ر٦	٢ر٤		١ر٦	ر٨	ر٤	٢ر٤		ر٤	١ر٢	٣ر٦	٥ر٢	١٠
١٠ - ١٥ سنة	ك					١			١		١		١٧	١٨	٢٠
	٪					ر٤			ر٤		ر٤		٦ر٨	٧ر٢	٨
١٥ - ٢٠ سنة	ك										٢	٢	٣	٧	٧
	٪										ر٨	ر٨	١ر٢	٢ر٨	٢ر٨
٢٠ - ٢٥ سنة	ك									١	١	٦	٢	١٠	١٠
	٪									ر٤	ر٤	٢ر٤	ر٨	٤	٤
٢٥ سنة فأكثر	ك									١٢	٧		٤	٢٩	٢٩
	٪									٤ر٨	٢ر٨		١ر٦	١١ر٦	١١ر٦
المجموع	ك	٣٥	٤٩	٨٤	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	٣٣	١٣	٢٤	٤٣	١١٣	٢٥٠
	٪	١٤	١٩ر٦	٣٣ر٦	٢ر٤	١٢	٥ر٦	١ر٢	٢١ر٢	١٣ر٢	٥ر٢	٩ر٦	١٧ر٢	٤٥ر٢	١٠٠

جدول رقم (٩) يوضح نوعية درجة القرابة بين الوالدين أسر المعوقين

المفردات / العينة		المدارس: الأمل	المدارس: الفكرية	المجموع	المراكز: بديد	المراكز: النوض	المراكز: صلالة	المراكز: العمانية	المجموع	المستشفيات: السلطاني	المستشفيات: النهضة	المستشفيات: خولة	المستشفيات: ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
أبناء العم والخال	ك	١٧	١٧	٣٤	٣	١٣	٤		٢٠	١٢	٤	٦	١٥	٣٧	٩١
	٪	٦ر٨	٦ر٨	١٣ر٦	١ر٦	٥ر٢	١ر٦		٨	٤ر٨	١ر٦	٢ر٤	٦	١٤ر٨	٣٦ر٤
قرابة بعيدة من نفس العائلة	ك	٨	٤	١٢		٦	٢		٨	٢		٤	٦	١٢	٣٢
	٪	٣ر٢	١ر٢	٤ر٨		٢ر٤	ر٨		٣ر٢	ر٨		١ر٦	٢ر٤	٤ر٨	١٢ر٨
فقط من نفس القبيلة	ك	٦	٥	١١	٢	٥	٣	١	١١	٧	٦	٥	٩	٢٧	٤٩
	٪	٢ر٤	٢	٤ر٤	ر٨	٢	١ر٢	ر٤	٤ر٤	٢ر٨	٢ر٤	٢	٣ر٦	١٠ر٨	١٩ر٦
لا توجد بينهم قرابة	ك	٤	٢٣	٢٧	١	٦	٥	٢	١٤	١٢	٣	٩	١٣	٣٧	٧٨
	٪	١ر٦	٩ر٢	١٠ر٨	ر٤	٢ر٤	٢	ر٨	٥ر٦	٤ر٨	١ر٢	٣ر٦	٥ر٢	١٤ر٨	٣١ر٢
المجموع	ك	٣٥	٤٩	٨٤	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	٣٣	١٣	٢٤	٤٣	١١٣	٢٥٠
	٪	١٤	١٩ر٦	٣٣ر٦	٢ر٤	١٢	٥ر٦	١ر٢	٢١ر٢	١٣ر٢	٥ر٢	٩ر٦	١٧ر٢	٤٥ر٢	١٠٠

جدول رقم (١٠) يوضح مدى وجود اعاقات أخرى في أسر المعوقين

المتغيرات	العينة	المدارس			المراكز					المستشفيات					
		الأمل	الفكرية	المجموع	بدبد	الخوض	صلالة	العمانية	المجموع	السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
نعم	ك	٢٣	١٤	٣٧	٢	٤	٣		٩	٥		٢	١٢	١٩	٦٥
	٪	٩ر٢	٦ر٥	١٤ر٨	٨ر	١ر٦	١ر٢		٣ر٦	٢		٨ر	٤ر٨	٧ر٦	٢٦
لا	ك	١٢	٣٠	٤٧	٤	٢٦	١١	٣	٤٤	٢٨	١٣	٢٢	٣١	٩٤	١٨٥
	٪	٤ر٨	١٩ر٦	١٨ر٨	١ر٦	١٠ر٤	٤ر٤	١ر٢	١٧ر٦	١١ر٢	٥ر٢	٨ر٨	١٢ر٤	٣٨	٧٤
المجموع	ك	٣٥	٤٩	٨٤	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	٣٣	١٣	٢٤	٤٣	١١٣	٢٥٠
	٪	١٤	١٩ر٦	٣٣ر٨	٢ر٤	١٢	٥ر٦	١ر٢	٢١ر٢	١٣ر٢	٥ر٢	٩ر٦	١٧ر٢	٤٥ر٢	١٠٠

جدول رقم (١١) يوضح أعدد حالات الاعاقة الموجودة بين بعض المعوقين

المتغيرات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بديد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
اعاقات واحدة – ٢	ك	١٥	١٣	٢٨		٣	٤		٧	٤		٢	٨	١٤	٤٩
	٪	٦	٢ر٥	٢ر١١		٢ر١	٦ر١		٨ر٢	٦ر١		٨ر	٢ر٣	٦ر٥	٦ر١٩
٣ – ٤	ك	٦	١	٧	١				١				٤	٤	١٢
	٪	٢ر٢	٤ر	٨ر٢	٤ر				٤ر				٦ر١	٦ر١	٨ر٤
٥ فاكثر	ك	٣		٣	١	١			٢	١				١	٦
	٪	٢ر١		٢ر١	٤ر	٤ر			٨ر	٤ر				٤ر	٤ر٢
لا توجد اعاقات	ك	١١	٣٥	٤٦	٤	٢٦	١٠	٣	٤٣	٢٨	١٣	٢٢	٣١	٩٤	١٨٣
	٪	٤ر٤	١٤	٤ر١٨	٦ر١	٤ر١٠	٤	٢ر١	٢ر١٧	٢ر١١	٢ر٥	٨ر٨	٤ر١٢	٦ر٣٧	٢ر٧٣
المجموع	ك	٣٥	٤٩	٨٤	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	٣٣	١٣	٢٤	٤٣	١٠٣	٢٥٠
	٪	١٤	٦ر١٩	٦ر٣٣	٤ر٢	١٢	٦ر٥	٢ر١	٢ر٢١	٢ر١٣	٢ر٥	٦ر٩	٢ر١٧	٢ر٤٥	١٠٠

جدول رقم (١٢) يوضح علاقة درجة القرابة بين الوالدين لأسر المعوقين وتعدد حالات الاعاقة لأسر عينة البحث

درجة القرابة / عدد الاعاقات		أبناء العم والخال	قرابة من نفس العائلة	قرابة من نفس القبيلة	لا توجد قرابة	المجموع
اعاقات واحدة	ك	١٦	١١	٥	٤	٣٦
	٪	٢٥	١٧ر٢	٧ر٨	٦ر٢٥	٥٦ر٢٥
اعاقتين	ك	٤	١	٣	٣	١١
	٪	٦ر٢٥	١ر٥٥	٤ر٧	٤ر٧	١٧ر٢
ثلاث اعاقات	ك	٦	١	٣		١٠
	٪	٣ر٢٨	١ر٥٥	٤ر٧		١٥ر٦٣
اربع اعاقات	ك	١				١
	٪	١ر٥٦				١ر٥٦
خمسة اعاقات فاكثر	ك	٥		١		٦
	٪	٧ر٨		١ر٥٥		٩ر٣
المجموع	ك	٣٢	١٣	١٢	٧	٦٤
	٪	٥٠	٢٠ر٣٢	١٨ر٧٥	١٠ر٩٣	١٠٠

جدول رقم (١٣) يوضح العلاقة بين درجة القرابة للمعوقين
والأسباب الوراثية التي أدت لاعاقتهم

السبب الوراثي / درجة القرابة	أبناء العم والخال	أبناء العم والخال
أبناء العم والخال	٢٠	٣٧ر٧
قرابة من نفس العائلة	١١	٢٠ر٧
قرابة من نفس القبيلة	٩	١٧
لا توجد قرابة	١٣	٢٤ر٦
المجموع	٥٣	١٠٠

جدول رقم (١٤) يوضح مدي اعتبار زواج الاقارب شيئا عاديا في مواطن اقامة أسر المعوقين

المتغيرات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
نعم	ك	٣٤	٤٨	٨٢	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	٢٣	١٣	٢٤	٤٣	١١٣	٢٤٨
	٪	١٣ر٦	١٩ر٢	٣٢ر٨	٢ر٤	١٢	٥ر٦	١ر٢	٢١ر٢	١٣ر٢	٥ر٢	٩ر٦	١٧ر٢	٤٥ر٢	٩٩ر٢
لا	ك	١	١	٢											٢
	٪	٤ر	٤ر	٨ر											٨ر
المجموع	ك	٣٥	٤٩	٨٤	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	٢٣	١٣	٢٤	٤٣	١١٣	٢٥٠
	٪	١٤	١٩ر٦	٣٣ر٦	٢ر٤	١٢	٥ر٦	١ر٢	٢١ر٢	١٣ر٢	٥ر٢	٩ر٦	١٧ر٢	٤٥ر٢	١٠٠

جدول رقم (١٥) يوضح أسباب حدوث زواج الاقارب حسب رأي عينة البحث من المعوقين

أسباب زواج الأقارب	العينة	المدارس: الأمل	المدارس: الفكرية	المجموع	المراكز: بدبد	المراكز: الخوض	المراكز: صلالة	المراكز: العمانية	المجموع	المستشفيات: السلطاني	المستشفيات: النهضة	المستشفيات: خولة	المستشفيات: ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
عادات وتقاليد	ك	٢٥	٤٩	٨٤	٥	٢٧	١٤	٢	٤٨	٣٠	٩	١٨	٣٦	٩٣	٢٢٥
	٪	١٧	١٩ر٦	٣٣ر٦	٢	١٠ر٨	٥ر٦	ر٨	١٩ر٢	١٢	٣ر٦	٧ر٢	١٤ر٤	٣٧ر٢	٩٠
الميراث	ك	٣٢	٤٩	٨١	٥	٢٧	١٤	١	٤٧	٢٤	٩	١٨	٣٦	٨٧	٢١٥
	٪	١٢ر٨	١٩ر٦	٣٢ر٤	٢	١٠ر٨	٥ر٦	ر٤	١٨ر٨	٩ر٦	٣ر٦	٧ر٢	١٤ر٤	٣٤ر٢	٨٦
تبادل الزيجات	ك	٣١	٤٨	٧٩	٥	٢٨	١٤		٤٧	١٧	١٠	١٨	٣٧	٨٢	٢٠٨
	٪	١٢ر٤	١٩ر٢	٣١ر٦	٢	١١ر٢	٥ر٦		١٨ر٨	٦ر٨	٤	٧ر٢	١٤ر٨	٣٢ر٢	٨٣ر٢
قوة سلطة الأب	ك	٢٦	٤٧	٧٣	٤	٢٦	١٤	١	(٤٥)	١٢	٨	١٨	٣٠	٦٨	١٨٦
	٪	١٠ر٤	١٨ر٨	٢٩ر٢	١ر٦	١٠ر٤	٥ر٦	ر٤	١٨	٤ر٨	٣ر٢	٧ر٢	١٢	٢٧ر٢	٧٤ر٤
زواج الأقارب غير مكلف	ك	٢٥	٤٦	٧١	٤	٢٥	١٤	٢	٤٥	١٦	١٠	١٩	١٦	٦١	١٧٧
	٪	١٠	١٨ر٤	٢٨ر٤	١ر٦	١٠	٥ر٦	ر٨	١٨	٦ر٤	٤	٧ر٦	٦ر٤	٢٤ر٤	٧٠ر٨
زواج الاستقرار أكثر استقرار	ك	٨	٢٦	٣٤	٥	١٣	١٣		٣١	٨	٦	٩	٧	٣٠	٩٥
	٪	٣ر٢	١٠ر٤	١٣ر٦	٢	٥ر٢	٥ر٢		١٢ر٤	٣ر٢	٢ر٤	٣ر٦	٢ر٨	١٢	٣٨
المحافظة على الروابط العائلية والقبلية	ك	٣١	٤٤	٧٥	٤	١٥	١٠	٢	٣١	١٩	٧	١٠	٦	٤٢	١٤٨
	٪	١٢ر٤	١٧ر٦	٣٠	١٦	٦	٤	ر٨	١٢ر٤	٧ر٦	٢ر٨	٤	٢ر٤	١٦ر٨	٥٩ر٢

جدول رقم (١٦) يوضح أسباب حدوث الزواج المبكر حسب رأي عينة البحث من المعوقين

أسباب الزواج المبكر / العينة		المدارس			المراكز					المستشفيات					
		الأمل	الفكرية	المجموع	بدبد	الخوض	صلالة	العمانية	المجموع	السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
عادات وتقاليد	ك	٣٥	٤٩	٨٤	٦	٢٥	١٢	٢	٤٥	٣١	١٢	٢٠	٢٩	٩٢	٢٢١
	٪	١٤	١٩ر٦	٣٣ر٦	٢ر٤	١٠	٤ر٨	ر٨	١٨	١٢ر٤	٤ر٨	٨	١١ر٦	٣٦ر٨	٨٨ر٤
انخفاض مستوى التعليم	ك	٣٥	٤٩	٨٤	٦	٢٥	١٤	١	٤٦	٣٢	١٣	٢٤	٤١	١١٠	٢٤٠
	٪	١٤	١٩ر٦	٣٣ر٦	٢ر٤	١٠	٥ر٦	ر٤	١٨ر٤	١٢ر٨	٥ر٢	٩ر٦	١٦ر٤	٤٤	٩٦
الميراث	ك	٣٢	٤٩	٨١	٦	٢٢	١٤	١	٤٣	١٣	١٠	٢٣	٣٥	٨١	٢٠٥
	٪	١٢ر٨	١٩ر٦	٣٢ر٤	٢ر٤	٨ر٨	٥ر٦	ر٤	١٧ر٢	٥ر٢	٤	٩ر٢	١٤	٣٢ر٤	٨٢
انخفاض المستوى الاقتصادي	ك	٢٠	٤٦	٦٦	٥	٣٦	١٤		٤٥	١٠	٨	١٩	٣٤	٧١	١٨٢
	٪	٨	١٨ر٤	٢٦ر٤	٢	١٠ر٤	٥ر٦		١٨	٤	٣ر٢	٧ر٦	١٣ر٦	٢٨ر٤	٧٢ر٨
كثرة أفراد الأسرة	ك	١٨	٣٨	٥٦	٢٠	١٤			٣٨	٨	٦	١٣	٢٠	٤٧	١٤١
	٪	٧ر٢	١٥ر٢	٢٢ر٤	٨	٥ر٦			١٥ر٢	٣ر٢	٢ر٤	٥ر٢	٨	١٨ر٨	٥٦ر٤
الخوف من تأخير سن الزواج	ك	١٦	٣٢	٤٨	١	١٢	١٢	١	٢٦	١٥	٣	٢	١١	٣٦	١٠٥
	٪	٦ر٤	١٢ر٨	١٩ر٢	ر٤	٤ر٨	٤ر٨	ر٤	١٠ر٤	٦	١ر٢	ر٨	٤ر٤	١٠ر٤	٤٢
تأثير سلطة الوالدين	ك	٦	٣١	٣٧	٢	١٠	٥		١٧	٤	٤	١٠	٩	٢٧	٨١
	٪	٢ر٤	١٢ر٤	١٤ر٨	ر٨	٤	٢		١٠ر٨	١ر٦	١ر٦	٤	٣ر٦	١٠ر٨	٣٢ر٤
أسباب دينية	ك	١٠	٢٥	٣٠	٢	١١	٩		٣٢	٥	٦	٩	١٣	٣٣	٩٠
	٪	٤	١٠	١٤	ر٨	٤ر٤	٣ر٦		١٢ر٨	٢	٢ر٤	٣ر٦	٥ر٢	١٣ر٢	٣٦

جدول رقم (١٧) يوضح هل المعاق أو والده متزوج أكثر من زوجة

المتغيرات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		مدند	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
نعم	ك	٨	٨	١٦	٣	٧	٨	١	١٩	٩	٩	١١	١٤	٤٣	٧٨
	٪	٣ر٢	٣ر٢	٦ر٤	١ر٢	٢ر٨	٣ر٢	٤ر	٧ر٦	٣ر٦	٣ر٦	٤ر٤	٦ر٥	١٧ر٢	٣١ر٢
لا	ك	٢٧	٤١	٦٨	٣	٢٣	٦	٢	٣٤	٢٤	٤	١٣	٢٩	٧٠	١٧٢
	٪	١٠ر٨	١٦ر٤	٢٧ر٨	١ر٢	٩ر٢	٢ر٦	٨ر	١٣ر٦	٩ر٦	١ر٦	٥ر٢	١١ر٦	٢٨	٦٨ر٨
المجموع	ك	٣٥	٤٩	٨٤،	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	٣٣	١٣	٢٤	٤٣	١١٣	٢٥٠
	٪	١٤	١٩ر٦	٣٣ر٦	٢ر٤	١٢	٥ر٦	١ر٢	٢١ر٢	١٣ر٢	٥ر٢	٩ر٦	١٧ر٢	٤٥ر٢	١

جدول رقم (١٨) يوضح أسباب تعدد الزوجات حسب رأي عينة البحث من المعوقين

الاستجابات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بنبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
عدم انجاب الزوجة الأولى	ك	٢٤	٤٩	٨٣	٦	٢٨	١٢	٣	٤٩	٢٦	١٣	٢٤	٤٠	١٠٣	٢٢٥
	٪	١٢٫٦	١٩٫٦	٣٣٫٢	٢٫٤	١١٫٢	٤٫٨	١٫٢	١٩٫٦	١٠٫٤	٥٫٢	٩٫٦	١٦	٤١٫٢	٩٤
انجاب طفل أو أكثر معاق من الزوجة الأولى	ك	٣٢	٤٨	٨٠	٦	٢٤	١١	٣	٤٤	٢٢	١١	٢٣	٣٧	٩٣	٢١٧
	٪	١٢٫٨	١٩٫٢	٣٢	٢٫٤	٩٫٦	٤٫٤	١٫٢	١٧٫٦	٨٫٨	٤٫٤	٩٫٢	١٤٫٨	٣٧٫٢	٨٦٫٨
الرغبة في انجاب بنين	ك	٣٣	٤٧	٨٠	٠	٢٥	١٣	١	٤٤	٢٠	٩	٢٠	٣٨	٨٧	٢١١
	٪	١٣٫٢	١٨٫٨	٣٢	٢	١٠	٥٫٢	٠٫٤	١٧٫٦	٨	٣٫٦	٨	١٥٫٢	٣٤٫٨	٨٤٫٤
مرض أو كبر الزوجة الأولى	ك	٢٩	٤٧	٧٦	٦	٢٤	١٢	١	٤٣	٢١	٨	٢١	٣٢	٨٢	٢٠١
	٪	١١٫٦	١٨٫٨	٣٠٫٤	٢٫٤	٩٫٦	٤٫٨	٠٫٤	١٧٫٢	٨٫٤	٣٫٢	٨٫٤	١٢٫٨	٣٢٫٨	٨٠٫٤
العلاقات القرابية	ك	٢٩	٤٧	٧٦	٦	١٩	١٢	١	٣٨	١٦	٠	١٦	٣٢	٦٩	١٨٣
	٪	١١٫٦	١٨٫٨	٣٠٫٤	٢٫٤	٧٫٦	٤٫٨	٠٫٤	١٥٫٢	٦٫٤	٢	٦٫٤	١٢٫٨	٢٧٫٦	٧٣٫٢
ارتفاع المستوى الاقتصادي للزوج	ك	٢٤	٣٤	٥٨	٤	٢٠	١١	٣	٣٨	١٤	٦	١٢	١٧	٤٩	١٤٥
	٪	٩٫٦	١٣٫٦	٢٣٫٢	١٫٦	٨	٤٫٤	١٫٢	١٥٫٢	٥٫٦	٢٫٤	٤٫٨	٦٫٨	١٩٫٦	٥٨
بعد عمل الزوج من المسكن	ك	١٣	٠	١٨	٢	٠	٠		١٢	٤	٣	٧	٠	١٩	٤٩
	٪	٥٫٢	٢	٧٫٢	٠٫٨	٢	٢		٤٫٨	١٫٦	١٫٢	٢٫٨	٢	٧٫٦	١٩٫٦
ارتفاع معدلات الطلاق	ك	٣		٣	٢	٦	٢		١٠	٤	٠	٤	٢	١٥	٢٨
	٪	١٫٢		١٫٢	٠٫٨	٢٫٤	٠٫٨		٤	[illegible]	٢	١٫٦	٠٫٨	٦	١١٫٢
تعدد الزواج شيء عادي	ك	١٣	٢٢	٣٥	١	١٣	٠	٣	٢٢	١٥	٧	٨	٨	٣٨	١٠
	٪	٥٫٢	٨٫٨	١٤	٠٫٤	٥٫٢	٢	١٫٢	٨٫٨	٦	٢٫٨	٣٫٢	٣٫٢	١٥٫٢	

جدول رقم (١٩) يوضح عدد أفراد أسر عينة البحث من الموظفين

المتغيرات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
أقل من ٥ أفراد	ك	٩	٢	١١		٢	١		٣	١٠	١	٢	١٥	٢٨	٤٢
	٪	٦ر٣	٨ر	٤ر٤		٨ر	٤ر		٢ر١	٤	٤ر	٨ر	٦	٢ر١١	٤ر١٦
٥ - ١٠ أفراد	ك	١٨	٣٦	٥٤	٢	٢٢	٨	٣	٣٥	١٦	١٠	١٣	١٩	٥٨	١٤٧
	٪	٢ر٧	٤ر١٤	٦ر٢١	٨ر	٨ر٨	٢ر٣	٢ر١	١٤	٤ر٦	٤	٢ر٥	٦ر٧	٢ر٢٣	٨ر٥٨
١٠ - ١٥ فرد	ك	٨	٧	١٥	٣	٥	٥		١٣	٥		٩	٥	١٩	٤٧
	٪	٢ر٣	٨ر٢	٦	٢ر١	٢	٢		٢ر٥	٢		٦ر٣	٢	٦ر٧	٨ر١٨
١٥ فرد فأكثر	ك		٤	٤	١	١			٢	٢	٢		٤	٨	١٤
	٪		٦ر١	٦ر١	٤ر	٤ر			٨ر	٨ر	٨ر		٦ر١	٢ر٣	٦ر٥
المجموع	ك	٣٥	٤٩	٨٤	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	٣٣	١٣	٢٤	٤٣	١١٣	٢٥٠
	٪	١٤	٦ر١٩	٦ر٣٣	٤ر٢	١٢	٦ر٥	٢ر١	٢ر٢١	٢ر١٣	٢ر٥	٦ر٩	٢ر١٧	٢ر٤٥	١٠٠

جدول رقم (٢٠) يوضح الدخل الشهري لأسر المعوقين

المتغيرات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
أقل من ١٠٠ ريال	ك	٣	١	٤	١	٣	١		٥	٤	٢	٦	٩	٢١	٣
	٪	١ر٢	ر٤	١ر٦	ر٤	١ر٢	ر٤	.	٢	١ر٦	١ر٢	٢ر٤	٣ر٦	٨ر٤	١٢ر٤
١٠٠ – ٢٠٠ ريال	ك	١٧	١٧	٣٤	٤	١٩	٦		٢٩	١٥	٥	٥	١٦	٤١	١٠٤
	٪	٦ر٨	٦ر٨	١٣ر٦	١ر٦	٧ر٦	٢ر٤		١١ر٦	٦	٢	٢	٦ر٤	١٦ر٤	٤١ر٦
٢٠٠ – ٣٠٠ ريال	ك	٢	١٠	١٢	١	٥	٧	٢	١٥	١٠	٤	٥	١١	٣٠	٥٧
	٪	ر٨	٤	٤ر٨	ر٤	٢	٢ر٨	ر٨	٦	٤	١ر٦	٢	٤ر٤	١٢	٢٢ر٨
٣٠٠ – ٤٠٠ ريال	ك	١١	٥	١٦		٢			٢	٣	١	٤		٨	٢٦
	٪	٤ر٤	٢	٦ر٤		ر٨			ر٨	١ر٢	ر٤	١ر٦		٣ر٢	١٠ر٤
٤٠٠ ريال فأكثر	ك	٢	١٦	١٨		١		١	٢	١		٤	٧	١٢	٣٢
	٪	ر٨	٦ر٤	٧ر٢		ر٤		ر٤	ر٨	ر٤		١ر٦	٢ر٧	٤ر٨	١٢ر٨
المجموع	ك	٣٥	٤٩	٨٤	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	٣٣	١٣	٢٤	٤٣	١١٣	٢٥٠
	٪	١٤	١٩ر٦	٣٣ر٦	٢ر٤	١٢-	٥ر٦	١ر٢	٢١ر٢	١٣ر٢	٥ر٢	٩ر٦	١٧ر٢	٤٥ر٢	١٠٠

جدول رقم (٢١) يوضح نوعية السكن لأسر المعوقين

العينة / المتغيرات		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
سكن حديث مستقل	ك	١٩	٢٩	٤٨	٢	٦	٢	٣	١٣	١٣		٥	٧	٢٥	٨٦
	٪	٧ر٦	١١ر٦	١٩ر٢	٨ر	٣ر٦	٨ر	١ر٢	٥ر٢	٥ر٢		٢	٢ر٨	١٠	٢٤ر٢
سكن قديم مستقل	ك	١٠	٩	١٩	٤	١٦	٨		٢٨	٧	٩	٦	١٩	٤	٨٨
	٪	٤	٣ر٦	٧ر٦	١ر٦	٦ر٤	٣ر٢		١١ر٢	٢ر٧	٣ر٦	٢ر٤	٧ر٦	١٦ر٤	٢٥ر٢
سكن حديث مشترك	ك	٤	٥	٩		٣	٤		٧	٦	١	٥	٩	٢١	٣٧
	٪	١ر٦	٢	٣ر٦		١ر٢	١ر٦		٢ر٨	٢ر٤	٤ر	٢	٣ر٦	٨ر٤	١٤ر٨
سكن قديم مشترك	ك	٢	٦	٨		٥			٥	٧	٣	٨	٨	٢٦	٣٩
	٪	٨ر	٢ر٤	٣ر٤		٢			٢	٢ر٨	١ر٢	٣ر٢	٣ر٢	١٠ر٤	١٥ر٦
المجموع	ك	٣٥	٤٩	٨٤	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	٣٣	١٣	٢٤	٤٣	١١٣	٢٥٠
	٪	١٤	١٩ر٦	٣٣ر٦	٢ر٦	١٢	٥ر٦	١ر٢	٢١ر٢	١٣ر٢	٥ر٢	٩ر٦	١٧ر٢	٤٥ر٢	١٠٠

جدول رقم (٢٢) يوضح عدد غرف السكن لأسر المعوقين

المتغيرات	العينة	المدارس: الأمل	المدارس: الفكرية	المجموع	المراكز: بكبك	المراكز: الخوض	المراكز: صلالة	المراكز: العمانية	المجموع	المستشفيات: السلطاني	المستشفيات: النهضة	المستشفيات: خولة	المستشفيات: ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
أقل من ٣ غرف	ك	١١	١٢	٢٣	٢	٨			١١	١٠	٤	٨	١٩	٤١	٧٥
	/	٤ر٤	٤ر٨	٩ر٢	١ر٢	٣ر٢			٤ر٤	٤	١ر٦	٣ر٢	٧ر٦	١٦ر٤	٣٠
٣ – ٥ غرف	ك	١٩	٣٠	٤٩	٢	١٧	٧	١	٢٧	١٦	٥	١٤	١٩	٥٤	١٣٠
	/	٧ر٦	١٢	١٩ر٦	ر٨	٦ر٨	٢ر٨	ر٤	١٠ر٨	٦ر٤	٢	٥ر٦	٧ر٦	٢١ر٦	٥٢
٦ – ٧ غرف	ك	٢	٣	٥	١	٣	٧	٢	١٣	٦	٣	١	٢	١٢	٣٠
	/	ر٨	١ر٢	٢	ر٤	١ر٢	٢ر٨	ر٨	٥ر٢	٢ر٤	١ر٢	ر٤	ر٨	٤ر٨	١٢
٧ غرف فأكثر	ك	٣	٤	٧		٢			٢	١	١	١	٣	٦	١٥
	/	١ر٢	١ر٦	٢ر٨		ر٨			ر٨	ر٤	ر٤	ر٤	١ر٢	٢ر٤	٦
المجموع	ك	٣٥	٤٩	٨٤	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	٣٣	١٣	٢٤	٤٣	١١٣	٢٥٠
	/	١٤	١٩ر٦	٣٣ر٦	٢ر٤	١٢	٥ر٦	١ر٢	٢١ر٢	١٣ر٢	٥ر٢	٩ر٦	١٧ر٢	٤٥ر٢	١٠٠

جدول رقم (٢٣) يوضح وجود معلومات مسبقة عن مراكز مؤسسات المعوقين قبل الالتحاق بها

الاستجابات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمامية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
نعم	ك	٣٢	٣٣	٦٥	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	٣٣	١٣	٢٤	٤٢	١١٢	٢٣٠
	٪	١٢ر٨	١٣ر٢	٢٦	٢ر٤	١٢	٥ر٦	١ر٢	٢١ر٢	١٣ر٢	٥ر٢	٩ر٦	١٦ر٨	٤٤ر٨	٩٢
لا	ك	٣	١٠	١٨									١	١	١٩
	٪	١ر٢	٦	٧ر٢									ر٤	ر٤	٧ر٦
المجموع	ك	٣٥	٤٩	٨٤	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	٣٣	١٣	٢٤	٤٣	١١٣	٢٥
	٪	١٤	١٩ر٦	٣٣ر٦	٢ر٤	١٢	٥ر٦	١ر٢	٢١ر٢	١٣ر٢	٥ر٢	٩ر٦	١٧ر٢	٤٥ر٢	١٠٠

جدول رقم (٢٤) يوضح وسائل معرفة المعوقين عن مراكز ومؤسسات قبل الالتحاق بها

وسائل المعرفة / العينة		المدارس			المراكز					المستشفيات					المجموع
		الأمل	الفكرية	المجموع	بديد	الخوض	صلالة	العمانية	المجموع	السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا	المجموع	الكلي
قرب السكن للمؤسسة	ك	١١	٨	١٩	٢	٧	٦	١	١٦	٣	٤	١٠	٣	٢٠	٥٥
	٪	٤ر٤٥	٢ر٢	٧ر٦	٨ر	٢ر٨	٢ر٤	٤ر	٦ر٤	١ر٢	١ر٦	٤	١ر٢	٨	٢٢
الأقارب	ك	١	٧	٢٢	١	١٠			١١	٣	٥	١٠	٣٩	٥٧	٩٠
	٪	٦	٢ر٨	٨ر٨	٤ر	٤			٤ر٤	١ر٢	٢	٤	١٥ر٦	٢٢ر٨	٣٦
الاصدقاء والجيران	ك	٩	٨	١٧	٢	٤	٢		٨	١	٤	٦	٣٤	٤٥	٧٠
	٪	٣ر٦	٣ر٢	٦ر٨	٨ر	١ر٦	٨		٣ر٢	٤ر	١ر٦	٢ر٤	١٣ر٦	١٨	٢٨
المسئولون	ك	٦	١	١٦	١	٤	٦	١	١٢	١١	٦	١٠	٥	٣٢	٦٠
	٪	٢ر٤	٤	٦ر٤	٤ر	١ر٦	٢ر٤	٤ر	٤ر٨	٤ر٤	٢ر٤	٤	٢	١٢ر٨	٢٤
وسائل الاعلام	ك	١٢	٢٩	٤١	١	٢١	٦	١	٢٩	٢ر٦	٤	٣		٣٣	١٠٣
	٪	٤ر٨	١١ر٦	١٧ر٢	٤ر	٨ر٤	٢ر٤	٤ر	١١ر٦	١٠ر٤	١ر٦	١ر٢		١٣ر٢	٤١ر٢

جدول رقم (٢٥) يوضح كيفية التحاق عينة البحث بمؤسسات رعاية المعوقين

الاستجابات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الغوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
المعاق بنفسه أو أسرته	ك	١٩	١٥	٣٤	٢	١٨	٢	٢	٢٥	١٥	٥	٣	٢٢	٤٥	١٠٤
	٪	٧ر٦	٦	١٣ر٦	١ر٢	٧ر٢	ر٨	ر٨	١٠	٦	٢	١ر٢	٨ر٨	١٨	٤١ر٦
تحويل طبي	ك	١٢	١٥	٢٧	٢	١١	٤	١	١٨	٢٠	١١	٢٢	١٩	٧٢	١١٧
	٪	٤ر٨	٦	١٠ر٨	ر٨	٤ر٤	١ر٦	ر٤	٧ر٢	٨	٤ر٤	٨ر٨	٧ر٦	٢٨ر٨	٤٦ر٨
تحويل مدرسي	ك	١	٢٧	٢٨		٩	١	١	١١	١	١		٢	٤	٤٣
	٪	ر٤	١٠ر٨	١١ر٢		٣ر٦	ر٤	ر٤	٤ر٤	ر٤	ر٤		ر٨	١ر٦	١٧ر٢
وزارة الشئون الاجتماعية	ك	٧	٥	١٢	١	١٣	١١	٢	٢٧		١		٦	٧	٤٦
	٪	٢ر٨	٢	٤ر٨	ر٤	٥ر٢	٤ر٤	ر٨	١٠ر٨		ر٤		٢ر٦	٢ر٨	١٨ر٤

جدول رقم (٢٦) يوضح أسباب الالتحاق بمراكز ومؤسسات رعاية المعوقين

أسباب الالتحاق / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
الرعاية الطبية	ك	٢٤	٤٦	٧٠	٤	١٠	١٣	٢	٢٩	٣١	١٣	٢٢	٣٨	١٠٥	٢٠٤
	٪	٩ر٦	١٨ر٤	٢٨	١ر٦	٤	٢ر٥	٨ر	١١ر٦	١٢ر٤	٢ر٥	٩ر٢	١٥ر٢	٤٢	٨١ر٦
الرعاية النفسية	ك	٣٢	٤٨	٨٠	٦	١٦	١٣	٣	٣٨	٣٣	١٣	٢٣	٤٣	١١٢	٢٣٠
	٪	١٢ر٨	١٩ر٢	٣٢	٢ر٤	٦ر٤	٢ر٥	١ر٢	١٥ر٢	١٣ر٢	٢ر٥	٩ر٢	١٧ر٢	٤٤ر٨	٩٢
الرعاية الاجتماعية	ك	٢٢	٤٦	٦٨	٦	١٦	١٣	٣	٣٨	٢٧	١٠	١٩	٣٤	٩٠	١٩٦
	٪	٨ر٨	١٨ر٤	٢٧ر٢	٢ر٤	٦ر٤	٢ر٥	١ر٢	١٥ر٢	١٠ر٨	٤	٧ر٦	١٣ر٦	٣٦	٧٨ر٤
التأهيل المهني	ك	٣٥	٤٨	٨٣	٦	٢٨	١٤	٣	٥١	٢٠	٣	٥	١٥	٤٣	١٧٧
	٪	١٤	١٩ر٢	٣٣ر٢	٢ر٤	١١ر٢	٥ر٦	١ر٢	٢٠ر٤	٨	١ر٢	٢	٦	١٧ر٢	٧٠ر٨
للحصول على فرص العمل أو الكسب	ك	٣٢	٤٧	٧٩	٦	٣٠	١٢	٣	٥٦	٤	١	١	٣	٩	١٤٤
	٪	١٢ر٨	١٨ر٨	٣١ر٦	٢ر٤	١٢	٤ر٨	١ر٢	٢٢ر٤	١ر٦	٤ر	٤ر	١ر٢	٣ر٦	٥٥ر٦
مساعدات مالية	ك	٥	١٥	٢٠	١	٩	١٠	٢	٢٢				١	١	٤٣
	٪	٢	٦	٨	٤ر	٣ر٦	٤	٨ر	٨ر٨				٤ر	٤ر	١٧ر٢

جدول رقم (٢٧) يوضح مدي تردد عينة البحث من الموقين في الالتحاق بالمؤسسات

العينة / المتغيرات		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
نعم	ك	١٢	٢٠	٣٢		١٣	٦	١	٢٠		١	٢	٢٥	٢٨	٨٠
	٪	٨ر٤	٨	٨ر١٢		٢ر٥	٢ر٤	٤ر	٨		٤ر	٨ر	١٠	٢ر١١	٣٢
لا	ك	٢٣	٢٩	٥٢	٦	١٧	٨	٢	٣٣	٣٣	١٢	٢٢	١٨	٨٥	١٧٠
	٪	٢ر٩	٦ر١١	٨ر ٢	٤ر٢	٨ر٦	٢ر٣	٨ر	٢ر١٣	٢ر١٣	٨ر٤	٨ر٨	٢ر٧	٣٤	٦٨
المجموع	ك	٣٥	٤٩	٨٤	٦	٣٠	١٤	٣	٥٣	٣٣	١٣	١٤	٤٣	١١٣	٢٥٠
	٪	١٤	٦ر١٩	٦ر٣٣	٤ر٢	١٢	٦ر٥	٢ر١	٢ر٢١	٢ر١٣	٢ر٥	٦ر٩	٢ر١٧	٢ر٤٥	١٠٠

جدول رقم (٢٨) يوضح أسباب تردد عينة البحث من المعوقين في الالتحاق بالمؤسسات

العينة / أسباب التردد		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		مدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
للاعتقاد بأنها مؤسسات إيواء	ك	١٢	١٥	٢٧		١	٦	١	١٧			١	٢١	٢٢	٦٦
	٪	٨ر٤	٦	٨ر١٠		٤	٤ر٢	٤ر	٨ر٦			٤ر	٤ر٨	٨ر٨	٤ر٢٦
للاعتقاد بأن الاعاقة حالة من الجنون	ك	١٢	١٧	٢٩		٧	٣		١٠				٢٤	٢٤	٦٣
	٪	٨ر٤	٨ر٦	٦ر١١		٨ر٢	٢ر١		٤				٦ر٩	٦ر٩	٢ر٢٥
للشعور بالخجل	ك	١٢	١٨	٣٠		١١	٦		١٧				٢٤	٢٤	٧١
	٪	٨ر٤	٢ر٧	١٢		٤ر٤	٤ر٢		٨ر٦				٦ر٩	٦ر٩	٤ر٢٨
الرغبة في اخفاء لمرض الاعاقة	ك	١٢	١٧	٢٩		٩	٦		١٥			١	٢٠	٢١	٦٥
	٪	٨ر٤	٨ر٦	٦ر١١		٦ر٣	٤ر٢		٦			٤ر	٨	٤ر٨	٢٦
للحرص على المركز الاجتماعي للأسرة	ك	١٢	١٣	٢٥	٢				٣					١٦	٤٩
	٪	٨ر٤	٢ر٥	١٠	٢ر١				٢ر١					٤ر٦	٦ر١٩
الاعاقة مسألة قضاء وقدر	ك	٩	١١	٢٠	٥	٣			٨				٣	٣	٣١
	٪	٦ر٣	٤ر٤	٨	٢	٢ر١			٢ر٣				٢ر١	٢ر١	٤ر١٢
لرغبة الأهل تحمل الرعاية بأنفسهم	ك	٥	٦	١١	١	١			٢				١	١	١٤
	٪	٢	٤ر٢	٤ر٤	٤ر	٤ر			٨ر				٤ر	٤ر	٦ر٥
عدم الثقة في المؤسسات الموجودة	ك	٣		٣							١	١	١	٣	٦
	٪	٢ر١		٢ر١							٤ر	٤ر	٤ر	٢ر١	٤ر٢
الرغبة في العلاج بالخارج	ك		١	١		١			١		١	١	١	٣	٥
	٪		٤ر	٤ر		٤ر			٤ر		٤ر	٤ر	٤ر	٢ر١	٢

جدول رقم (٢٩) يوضح مدي كفاءة الخدمات التي تقدمها المؤسسات لعينة البحث من المعوقين .

الخدمات / العينة		المدارس: الأمل ٪	المدارس: الفكرية ٪	المجموع ٪	المراكز: بتبد ٪	المراكز: الغوفي ٪	المراكز: صلالة ٪	المراكز: العمانية ٪	المجموع ٪	المستشفيات: السلطاني ٪	المستشفيات: النهضة ٪	المستشفيات: خولة ٪	المستشفيات: ابن سينا ٪	المجموع ٪	المجموع الكلي ٪
الخدمات الطبية والعلاجية	جيد	١٠ر٤	٥ر٢	١٥ر٦		١١ر٢		ر٤	١١ر٦	١٠ر٤	٤ر٨	٦	٥ر٦	٢٦ر٨	٥٤
	متوسط	٢ر٣	١٣ر٢	١٦ر٤	٢	ر٨	٢ر٣	ر٤	٦ر٤	٢ر٤	ر٤	٢ر٤	٨ر٤	١٣ر٦	٣٦ر٤
	غير مناسب		ر٨	ر٨	ر٤		ر٤		ر٨			١ر٢	٢ر٤	٣ر٦	٥ر٢
	لا توجد	ر٤	ر٤	ر٨			٢		٢						٢ر٨
الخدمات النفسية	جيد	٣ر٦	١ر٦	٥ر٢		٩ر٢		ر٤	٩ر٦	ر٤		١ر٦		٢	١٦ر٨
	متوسط	٩ر٢	١٤ر٨	٢٤	٢	٢ر٨	٢	ر٨	٧ر٦	ر٤		ر٤	٢ر٨	٣ر٦	٢٥ر٥
	غير مناسب	١ر٢	٢ر٤	٣ر٦			٣ر٢		٣ر٢	١٢ر٤	٢	١ر٢	٢ر٣	١٨ر٨	٢٥ر٦
	لا توجد		ر٤	ر٤	ر٤		ر٤		ر٨		٣ر٢	٦ر٤	١٠ر٨	٢٠ر٤	٢١ر٦
الخدمات الاجتماعية	جيد	٢ر٨	٢ر٨	٥ر٦		٦ر٨		ر٤	٧ر٢	ر٤	ر٤	١ر٢		٢	١٤ر٨
	متوسط	٩ر٢	١٥ر٢	٢٤ر٤	١ر٦	٤ر٤	٢ر٥	ر٨	١٢	١٢	١ر٢	١ر٦	٢ر٨	١٧ر٦	٥٤
	غير مناسب	ر٨	١ر٦	٢ر٦	ر٤	ر٨			١ر٢	ر٨			٢ر٨	٣ر٦	٧ر٢
	لا توجد	ر٤		ر٤	ر٤		ر٤		ر٨		٣ر٦	٦ر٤	١١ر٦	٢١ر٦	٣٢ر٨
الخدمات التأهيلية المهنية	جيد	ر٤	ر٨	١ر٢		٤			٤			٢		٥	١٨
	متوسط	٤ر٤	٩ر٦	١٤		٧ر٢	ر٨	١ر٢	٩ر٢	٨	١ر٢	٤		١٣ر٢	٣٦ر٤
	غير مناسب	٤	٧ر٢	١١ر٢		ر٤	٢		٢ر٤	٣ر٢				٣ر٢	١٦ر٨
	لا توجد	٤ر٤	٢	٦ر٤	٢ر٤	ر٤	٢ر٨		٥ر٦	١ر٦	٤	٣ر٢	١٦ر٨	٣٦	٣٨
خدمات الأجهزة التعويضية والصناعية	جيد	ر٤	ر٨	١ر٢		١ر٢			١ر٢			٢ر٤		٢ر٤	٤ر٨
	متوسط	ر٨	٥ر٦	٦ر٤		٣ر٢	ر٤	١ر٢	٤ر٨	١ر٢	ر٤	٤		٥ر٦	١٦ر٨
	غير مناسب	٦	٦	١٢		٥ر٦	١ر٦		٧ر٢	١ر٦				١ر٦	٢٠ر٨
	لا توجد	٤ر٨	٦ر٤	١١ر٢	٢ر٦	ر٨	٣ر٦		٦ر٨	١٠ر٤	٤ر٨	٣ر٢	١٧ر٢	٣٥ر٦	٥٢ر٦

تابع جدول رقم (٢٩) يوضح مدي كفاءة الخدمات التي تقدمها المؤسسات لعينة المبحوثين من المعوقين

الخدمات	العينة	المدارس: الأمل	المدارس: الفكرية	المجموع %	المراكز: بدبد	المراكز: الخوض	المراكز: صلالة	المراكز: العمانية	المجموع %	المستشفيات: السلطاني	المستشفيات: النهضة	المستشفيات: خولة	المستشفيات: ابن سينا	المجموع %	المجموع الكلي %
الخدمات الادارية	جيد	٤ر٨	٢ر٣	٨		٢ر٦		٤ر	٢ر٨	٨ر	٨ر	٢ر١		٢ر٨	١٣ر٦
	متوسط	٧ر٦	١٤ر٤	٢٢	١ر٦	٧ر٢	٤ر٤	٨ر	١٤	١١ر٢	٢	٥ر٦	٤ر٤	٢٣ر٢	٥٩ر٢
	ردئ	٤ر		٤ر			٤ر		٤ر	٤ر			٨ر١	١١ر٢	١٢ر٤
	لا توجد														
الخدمات الثقافية	جيد	٢ر٣	٤ر٨	٨		٢		٤ر	٢ر٤	١ر٢	٤ر	١ر٢		٢ر٨	١٣ر٢
	متوسط	٨ر٨	١٠ر٨	١٩ر٦	١ر٦	٧ر٢	٢ر٥	٨ر	١٤ر٨	١٠	٢	٣ر٦	٢ر٤	١٨	٥٢ر٤
	ردئ									٨ر				٨ر	٨ر
	لا توجد				٨ر			٤ر	١ر٢		٢ر٤	٤ر٤	١٣ر٢	٢٠	٢١ر١
الخدمات الرياضية	جيد	٣ر٢	٣ر٦	٦ر٨		٢		٤ر	٢ر٤						٩ر٢
	متوسط	٨	١٣ر٢	١٤	٨ر	٦ر٨	٢ر٥	٨ر	١٢ر٦						١٧ر٦
	ردئ	٤ر-		٤ر						١ر٦				١ر٦	٦
	لا توجد				١ر٢		٤ر		١ر٦	١١ر٤	٤ر٤	٨	١٦ر٤	٤٠ر٢	٤١ر٨
خدمات التشغيل والمتابعة	جيد														
	متوسط							١ر٦	١ر٦						١ر٦
	ردئ														
	لا توجد	١٢ر٤	١٩ر٦	٣٢	٢ر٤	١١ر٢	٦ر٥	١ر٢	٢٠ر٤	١٣ر٢	٢ر٥	٩ر٦	١٥ر٦	٤٢ر٦	٩٥
خدمات التنقليات	جيد	٧ر٦	١ر٢	٨ر٨		١ر٢			١ر٢	٨ر		٤ر	٤ر	١ر٦	١١ر٦
	متوسط	٤ر٨	١٦ر٤	٢١ر٢	٢	٧ر٢	٢ر٥	٨ر	١٥ر٢	٩ر٦	٢ر٤	٦ر٨	١٠ر٤	٢٩ر٢	٦٥ر٦
	ردئ														
	لا توجد	٨ر		٨ر	٤ر				٤ر	٤ر	١ر٢	٢ر٤	١ر٢	٥ر٢	٦ر٤

جدول رقم (٣٠) يوضح وجود تعاون بين أسر المعوقين ومؤسسات رعايتهم

المتغيرات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
نعم	ك	٣٤	٢٨	٧٢	٥	٢٠	١٤	٣	٤٢	٢٥	١١	١٨	١٠	٦٤	١٧٨
	/	١٣ر٦	١٥ر٢	٢٨ر٨	٢	٨	٦ر٥	١ر٢	١٦ر٨	١٠	٤ر٤	٧ر٢	٤	٢٥ر٦	٧١ر٢
لا	ك	١	١١	١٢	١	١٠			١١	٨	٢	٦	٣٣	٤٩	٧٢
	/	٤ر	٤ر٤	٤ر٨	٤ر	٤			٤ر٤	٣ر٢	٨ر	١٣ر٣	١٣ر٣	١٩ر٦	٢٨ر٨
المجموع	ك	٣٥	٤٩	٨٤	٦	٣٠	٦ر٥	٣	٥٣	٣٣	١٣	٢٤	٤٣	١١٣	٢٥٠
	/	١٤	١٩ر٦	٣٣ر٦	٢ر٤	١٢	٦ر٥	١ر٢	٢١ر٢	١٣ر٢	٥ر٢	٩ر٦	١٧ر٢	٤٥ر٢	١٠٠

جدول رقم (٣١) يوضح أوجه التعاون بين أسر المعوقين ومؤسساتهم

أوجه التعاون / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأهل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	حولة	ابن سينا		
زيارة الاخصائي الاجتماعي للأسرة	ك	١٨	٥	٢٣	٢	١٩	١٠	٣	٣٤	١		١	٣	٥	٦٢
	٪	٢ر٧	٢	٢ر٩	٨ر	٦ر٧	٤	٢ر١	٦ر١٣	٤ر		٤ر	٢ر١	٢	٨ر٢٤
دراسة حالة الأسرة اجتماعيا ونفسيا	ك	٦	٧	١٣	٤	٤	٢		١٠						٢٤
	٪	٢ر٤	٨ر٢	٢ر٥	٦ر١	٦ر١	٨ر	٤ر	٤ر٤						٦ر٩
تقديم مساعدات مالية للأسرة	ك					٢		٢	٤	١	١			٢	٦
	٪					٨ر		٨ر	٦ر١	٤ر	٤ر			٨ر	٤
تقديم الارشادات العلمية والثقافية	ك				٢		٢		٤						٤
	٪				٨ر		٨ر		٦ر١						٦ر١
مواظبة الأسرة علي الاتصال بالمؤسسة	ك	٢٥	٣٠	٥٥	٤	١١	٩	١	٢٥	١٩	١٠	١٥	٧	٥١	١٣١
	٪	١٠	١٢	٢٢	٦ر١	٤ر٤	٦ر٣	٤ر	١٠	٦ر٧	٤	٦	٨ر٢	٤ر٢٠	٤ر٥٢

جدول رقم (٣٢) يوضح أسباب عدم التعاون بين أسر المعوقين ومؤسسات رعايتهم

العينة / أسباب عدم التعاون		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بديد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
اعتماد الأسرة تماما علي المؤسسة	ك		٦	٦		٦			٦	٣	٢	٣	٢٩	٣٧	٤٩
	٪		٤ر٢	٤ر٢		٤ر٢			٤ر٢	٢ر١	٨ر	٢ر١	٦ر١١	٨ر١٤	٦ر١٩
بعد السكن عن المؤسسة	ك		٧	٧	١	٧			٨	٤		٣	٢٣	٣٠	٤٥
	٪		٨ر٢	٨ر٢	٤ر	٨ر٢			٢ر٣	٦ر١		٢ر١	٢ر٩	١٢	١٨
صعوبة المواصلات	ك	١	١	١	١	٣			٤	٣		٤	٢١	٢٨	٣٣
	٪	٤ر		٤ر	٤ر	٢ر١			٦ر١	٢ر١		٦ر١	٤ر٨	٢ر١١	٢ر١٣
الانشغال بمطالب الحياة	ك	١	١٠	١١	١	٥			٦	٧		٤	٢٣	٣٤	٥١
	٪	٤ر	٤	٤ر٤	٤ر	٢			٢ر٤	٨ر٢		٦ر١	٢ر٩	٦ر١٣	٤ر٢٠

جدول رقم (٣٣) يوضح أهم الخدمات التي يجب تحسينها بالمؤسسات حسب رأي عينة البحث من المعوقين

الخدمات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
الخدمات الطبية والعلاجية	ك	٣٢	٤٨	٨٠	٦	٢٢	١٤	٣	٤٥	٢٧	٧	٢٢	٢٤	٩٠	٢١٥
	٪	١٢ر٨	١٩ر٢	٣٢	٢ر٤	٨ر٨	٦ر٥	١ر٢	١٨	١٠ر٨	٢ر٨	٨ر٨	١٣ر٦	٣٦	٨٦
الخدمات الاجتماعية	ك	٣١	٤٨	٧٩	٦	٢٣	١٣	٣	٤٥	٣٢	١١	٢٣	٤٣	١٠٩	٢٣٣
	٪	١٢ر٤	١٩ر٢	٣١ر٦	٢ر٤	٩ر٢	٥ر٢	١ر٢	١٨	١٢ر٨	٤ر٤	٩ر٢	١٧ر٢	٤٣ر٦	٩٣ر٢
الخدمات النفسية	ك	٣١	٤٩	٨٠	٦	٢١	١٣	٣	٤٢	٣٢	١٣	٢٤	٤٣	١١٢	٢٣٤
	٪	١٢ر٤	١٩ر٦	٣٢	٢ر٤	٨ر٤	٥ر٢	١ر٢	١٦ر٨	١٢ر٨	٥ر٢	٩ر٦	١٧ر٢	٤٤ر٨	٩٣ر٦
الخدمات التعليمية	ك	٢٨	٤٠	٦٨	٦	٢٣	١٤	٣	٤٤	٢٤	٨	٢٢	٤٢	٩٦	٢ ٨
	٪	١١ر٢	١٦	٢٧ر٢	٢ر٤	٩ر٢	٥ر٦	ر٨	١٧ر٦	٩ر٦	٣ر٢	٨ر٨	١٦ر٨	٣٨ر٤	٨٣ر٢
الخدمات الرياضية	ك	٢٧	٣٢	٥٩	٦	٢٣	١٣	١	٤٣	١٧	٨	١٩	٤٣	٨٧	١٨٩
	٪	١٠ر٨	١٢ر٨	٢٣ر٦	٢ر٤	٩ر٢	٥ر٢	ر٤	١٧ر٢	٦ر٨	٣ر٢	٧ر٦	١٧ر٢	٣٤ر٨	٧٥ر٦
خدمات التدريب والتأهيل	ك	٣٣	٣٦	٦٩	٥	٢٢	١٤	١	٤٢	٣٢	٨	١٥	٤١	٩٦	٢٠٧
	٪	١٣ر٢	١٤ر٤	٢٧ر٦	٢	٨ر٨	٥ر٦	ر٤	١٦ر٨	١٢ر٨	٣ر٢	٦	١٦ر٤	٣٨ر٤	٨٢ر٨
خدمات الترفيهية والثقافية	ك	١٨	٩	٢٧	٤	١٨	١٣	١	٣٦	١٩	٥	١٥	٣٩	٧٧	١٤٠
	٪	٧ر٢	٣ر٦	١٠ر٨	١ر٦	٧ر٢	٥ر٢	ر٤	١٤ر٤	٧ر٢	٢	٦	١٥ر٦	٣ ر٨	٥٦
خدمات النظافة والصيانة	ك	١٠	٣	١٣	٣	٣	١٢		٢٠	٦	١	١٠	٣٠	٤٧	٨
	٪	٤	١ر٢	٥ر٢	١ر٢	١ر٢	٤ر٨		٨	٢ر٤	ر٤	٤	١٢	١٨ر٨	٣٢.
الخدمات الادارية	ك	٦		٦	٦	٢	١٢	١	٢١	٥	١	٣	٢٢	٣١	٥٨
	٪	٢ر٤		٢ر٤	٢ر٤	ر٨	٤ر٨	ر٤	٨ر٤	٢	ر٤	١ر٢	٨ر٨	١٢ر٤	٢٣ر٢
خدمات النقل والمواصلات	ك	٦	٧	١٣	٦	١٦	١٣	٣	٢٨	١١	٥	١٥	٣٦	٥٧	١٠٨
	٪	٢ر٤	٢ر٨	٥ر٢	٢ر٤	٦ر٤	٥ر٢	١ر٢	١٥ر٢	٤ر٤	٢	٦	١٠ر٤	٢٢ر٨	٤٣ر٢
خدمات التشغيل والمتابعة	ك	٣٢	٤٩	٨١	٦	٢٩	١٣	٣	٥١	٢٢	١٠	٢٢	٢٨	٨٢	٢١٤
	٪	١٢ر٨	١٩ر٦	٣٢ر٤	٢ر٤	١١ر٦	٥ر٢	١ر٢	٢٠ر٤	٨ر٨	٤	٨ر٨	١١ر٢	٣٢ر٨	٨٥ر٦

تابع جدول رقم (٣٣) يوضح أهم الخدمات التي يجب رفع مستواها بمؤسسات رعاية المعوقين

الخدمات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
خدمات رعاية أسر المعوقين	ك	٣٤	٤٩	٨٣	٦	٢١	١٣	١	٤١	٢٨	٧	١٣	٣٣	٨١	٢٠٥
	٪	٦ر١٣	٦ر١٩	٢ر٣٣	٤ر٢	٤ر٨	٢ر٥	٤ر	٤ر١٦	٢ر١١	٨ر٢	٢ر٥	٢ر١٣	٤ر٣٢	٨٢
المساعدات المالية	ك	٤	٩	١٣	١	٤	٩		١٤	١٢		٥	٢٨	٤٥	٧٢
	٪	٦ر١	٦ر٣	٢ر٥	٤ر	٦ر١	٦ر٣		٦ر٥	٨ر٤		٢	٢ر١١	١٨	٨ر٢٨
خدمات توفير السكن	ك	٤	٢	٦	٣	١١	١٤	٢	٣٠	١١	٤	١٩	٤	٣٨	٧٤
	٪	٦ر١	٨ر	٤ر٢	٢ر١	٤ر٤	٦ر٥	٨ر	١٢	٤ر٤	٦ر١	٦ر٧	٦ر١	٢ر١٥	٦ر٢٩
خدمات توفير الأجهزة التعويضية	ك	٣٥	٤٤	٧٩	٦	٢٩	١٤	٢	٥١	٢٧	٨	٢٤	٣	٦٢	١٩٢
	٪	١٤	٦ر١٧	٦ر٣١	٤ر٢	٦ر١١	٦ر٥	٨ر	٤ر٢٠	٨ر١٠	٢ر٣	٦ر٩	٢ر١	٨ر٢٤	٨ر٧٦

جدول رقم (١) يوضح التركيب النوعي لعينة البحث من العاملين

العينة / المتغيرات		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الغوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	حولة	ابن سينا		
ذكر	ك	٤	٤	٨		٧	٣	٣	١٣	٢	٤	٤	٦	١٦	٣٧
	٪	٢ر٦٧	٢ر٦٧	٥ر٣٣		٤ر٦٧	٢	٢	٨ر٦٦	١ر٣٣	٢ر٦٧	٢ر٦٧	٤	١٠ر٦٦	٢٤ر٦٧
انثى	ك	٢٨	٩	٣٧	٨	٧	٢٧	٤	٤٦	٣		٨	١٩	٣٠	١١٣
	٪	١٨ر٦٧	٦	٢٤ر٦٦	٥ر٣٣	٤ر٦٧	١٨	٢ر٦٧	٣٠ر٦٦	٢		٥ر٣٣	١٢ر٦٧	٢٠	٧٥ر٣٣
المجموع	ك	٣٢	١٢	٤٥	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥٠
	٪	٢١ر٣٣	٨ر٦٧	٣٠	٥ر٣٣	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٣٠ر٦٦	١٠٠

جدول رقم (٢) يوضح توزيع مفردات العمر لعينة البحث من العاملين والمسئولين

المتغيرات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
أقل من ٢٠ سنة	ك				٥		٨	١	١٤						١٤
	٪				٣ر٣٣		٥ر٣٣	٦٧ر	٩ر٣٣						٩ر٣٣
٢٠ - ٣٠	ك	٨		٨	٣	٧	١٩	٢	٣١	١	٢	٨	٢٠	٣١	٧٠
	٪	٥ر٣٣		٥ر٣٣	٢	٤ر٦٧	١٢ر٦٧	١ر٣٣	٢٠ر٦٦	٦٧ر	١ر٣٣	٥ر٣٣	١٣ر٣٣	٢٠ر٧	٤٦ر٧
٣٠ - ٤٠	ك	١٠	٤	١٤		٥	٢	٣	١٠	٣	٢	٣	٤	١٢	٣٦
	٪	٦ر٦٧	٢ر٦٧	٩ر٣٣		٣ر٣٣	١ر٣٣	٢	٦ر٦٦	٢	١ر٣٣	٢	١ر٣٣	٨	١٤
٤٠ - ٥٠	ك	١٤	٩	٢٣		٢	١	١	٤			١	١	٢	٢٩
	٪	٩ر٣٣	٦	١٥ر٣٣		١ر٣٣	٦٧ر	٦٧ر	٢ر٦٧			٦٧ر	٦٧ر	١ر٣٣	١٩ر٣٣
٥٠ - ٦٠	ك									١				١	١
	٪									٦٧ر				٦٧ر	٦٧ر
٦٠ سنة فأكثر	ك														
	٪														
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥٠
	٪	٢١ر٣٣	٨ر٦٧	٣٠	٥ر٣٣	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٢٠ر٦٦	١٠٠

جدول رقم (٣) يوضح نوعية الديانة لعينة البحث من المسئولين من العاملين

المتغيرات	العينة	المدارس: الأمل	المدارس: الفكرية	المجموع	المراكز: بديد	المراكز: الخوض	المراكز: صلالة	المراكز: العمانية	المجموع	المستشفيات: السلطاني	المستشفيات: النهضة	المستشفيات: خولة	المستشفيات: ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
الاسلام	ك	٣١	١٢	٤٣	٨	١٤	٣٠	٦	٥٨	٥	٣	٦	٣٢	٣٦	١٣٧
	٪	٢٠٫٦٧	٨	٢٨٫٦٦	٥٫٣٣	٩٫٣٣	٢٠	٤	٢٨٫٦٦	٣٫٣٣	٢	٤	١٤٫٦٧	٢٤	٩١٫٣٣
بيانات أخرى	ك	١	١	٢				١	١		١	٦	٣	١٠	١٣
	٪	٠٫٦٧	٠٫٦٧	١٫٣٣				٠٫٦٧	٠٫٦٧		٠٫٦٧	٤	٢	٦٫٦٦	٨٫٦٧
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥٠
	٪	٣١٫٣٣	٨٫٦٧	٣٠	٥٫٣٣	٩٫٣٣	٢٠	٤٫٦٧	٣٩٫٣٣	٣٫٣٣	٢٫٦٧	٨	١٦٫٦٧	٣٠٫٦٦	١٠٠

جدول رقم (٤) يوضح جنسيات عينة البحث من العاملين

المفردات	العينة	المدارس: الأمل	المدارس: الفكرية	المجموع	المراكز: بدبد	المراكز: الخوض	المراكز: صلالة	المراكز: العمانية	المجموع	المستشفيات: السلطاني	المستشفيات: النهضة	المستشفيات: خولة	المستشفيات: ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
عماني	ك	٦	٢	٨	٨	٨	٢٩	٦	٥١	٣	٣	٤	٢٢	٣٢	٩١
	٪	٤	١ر٣٣	٥ر٣٣	٥ر٣٢	٥ر٣٣	١٩ر٣٢	٤	٣٩ر٥٣	٢	٢	٢ر٦٧	١٤ر٦٧	٢١ر٣٣	٦٠ر٦٧
عربي	ك	٢٦	١١	٣٧		٦	١	١	٨	٢		١		٣	٤٨
	٪	١٧ر٣٣	٧ر٣٣	٢٤ر٦٦		٤	ر٦٧	ر٦٧	٥ر٣٣	١ر٣٣		ر٦٧		٢	٣٢
أجنبي	ك										١	٧	٣	١١	١١
	٪										ر٦٧	٤ر٦٧	٢	٧ر٣٣	٧ر٣٣
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥٠
	٪	٢١ر٣٣	٨ر٦٧	٣٠	٥ر٣٢	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨ر	١٦ر٦٧	٣٠ر٦٦	١٠٠

تابع جدول رقم (٥) يوضح الحالة التعليمية للعاملين من عينة البحث

المتغيرات	العينة	المدارس: الأمل	الفكرية	المجموع	المراكز: بديد	الخوض	صلالة	العمانية	المجموع	المستشفيات: السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
أقل من المتوسط	ك				٨	١	١١	١	٢١				٢	٢	٢٣
	٪				٥ر٣٣	٦٧ر	٧ر٣٢	٦٧ر	١٤				١ر٣٣	١ر٣٣	١٥ر٣٢
دبلوم متوسط	ك	٣		٣		١	٩		١٠		١	٢		٣	١٦
	٪	٢		٢		٦٧ر	٦		٦ر٦٦		٦٧ر	١ر٣٢		٢	١٠ر٦٧
فوق المتوسط	ك	١٧	١٢	٢٩		٤	٧		١١		٢	٤	٢١	٢٧	٦٧
	٪	١١ر٣٣	٨	١٩ر٣٢		٢ر٦١	٤ر٦٧		٧ر٣٣		١ر٣٣	٢ر٦٧	١٤	١٨	٤٤ر٦٧
مؤهل جامعي	ك	١٠	١	١١		٨	٣	٦	١٧	٣	١	٥	٢	١١	٣٩
	٪	٦ر٦٧	٦٧ر	٧ر٣٣		٥ر٣٢	٢	٤	١١ر٣٢	٢	٦٧ر	٣ر٣٢	١ر٣٣	٨ر٥٣	٢٦
ماجستير فأكثر	ك	٢		٢						٢		١		٣	٥
	٪	١ر٣٣		١ر٣٣						١ر٣٣		٦٧ر		٢	٣ر٣٣
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥٠
	٪	٢١ر٣٣	٨ر٦٧	٣٠	٥ر٣٣	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٣٠ر٦٦	١٠٠

جدول رقم (٦) يوضح نوعية مهن العاملين من عينة البحث

المتغيرات	العينة	المدارس: الأمل	المدارس: الفكرية	المجموع	المراكز: بدبد	المراكز: الخوض	المراكز: صلالة	المراكز: العمانية	المجموع	المستشفيات: السلطاني	المستشفيات: النهضة	المستشفيات: خولة	المستشفيات: ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
ادارة عليا	ك	٢		٢			١	٢	٣						٥
	٪	١ر٣٣		١ر٣٣			٦٧ر	١ر٣٣	٢						٣ر٣٣
ادارة متوسطة	ك				١	١	٣	١	٦		٣			٣	٩
	٪				٦٧ر	٦٧ر	٢	٦٧ر	٤		٢			٢	٦
خدمة اجتماعية	ك					٤	٥	٣	١٢	١			١	٢	١٤
	٪					٢ر٦٧	٣ر٣٣	٢	٨	٦٧ر			٦٧ر	١ر٣٣	٩ر٣٣
خدمة نفسية	ك	١		١		١		١	٢	•			١	١	٤
	٪	٦٧ر		٦٧ر		٦٧ر		٦٧ر	١ر٣٣				٦٧ر	٦٧ر	٢ر٦٧
طبية علاجية	ك						١		١	٤	١	٣	٢٣	٣١	٣٢
	٪						٦٧ر		٦٧ر	٢ر٦٧	٦٧ر	٢	١٥ر٣٣	٢٠ر٦٦	٢١ر٣٣
رياضية	ك														
	٪								–						
علاج طبيعي	ك											٨		٨	٨
	٪											٥ر٣٣		٥ر٣٣	٥ر٣٣
تأهيل مهني	ك					٢	١١		١٣			١		١	١٤
	٪					١ر٣٣	٧ر٣٣		٨ر٦٧			٦٧ر		٦٧ر	٩ر٣٣
تربوية	ك	٢٩	١٣	٤٢		٥	٥		١٠						٥٢
	٪	١٩ر٣٣	٨ر٦٧	٢٨		٣ر٣٣	٣ر٣٣		٦ر٦٦						٣٤ر٦٦
خدمات عامة	ك				٧		٤		١١						١١
	٪				٤ر٦٧		٢ر٦٧		٧ر٣٣						٧ر٣٣
تشغيل ومتابعة	ك					١			١						١
	٪					٦٧ر			٦٧ر						٦٧
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥٠
	٪	٢١ر٣٣	٨ر٦٧	٣٠	٥ر٣٣	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٣٠ر٦٦	١٠٠

جدول رقم (٧) يوضح مدة خبرة العاملين من عينة البحث

المتغيرات / العينة		المدارس: الأمل	المدارس: الفكرية	المجموع	المراكز: بدبد	المراكز: الخوض	المراكز: صلالة	المراكز: العمانية	المجموع	المستشفيات: السلطاني	المستشفيات: النهضة	المستشفيات: خولة	المستشفيات: ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
أقل من عامين	ك	٤		٤			٢٩		٢٩		١		-	١	٣٤
	٪	٢ر٦٧		٢ر٦٧		•	١٩ر٣٣		١٩ر٣٣		٦٧ر			٦٧ر	٢٢ر٦٧
٢ - ٥ سنوات	ك	٥	٢	٧	٨	٥		٢	١٤	٣	٢	٤	١٠	١٩	٤١
	٪	٣ر٣٣	١ر٣٣	٤ر٦٦	٥ر٣٣	٣ر٣٣		١ر٣٣	٩ر٣٣	٢	١ر٣٣	٢ر٦٧	٦ر٧٦	١٢ر٦٦	٢٧ر٣٢
٥ - ١٠ سنوات	ك	١	١	٢		٣		١	٤			٤	١٠	١٤	٢٠
	٪	٦٧ر	٦٧ر	١ر٣٣		٢		٦٧ر	٢ر٦٧			٢ر٦٧	٦ر٧٦	٩ر٣٣	١٣ر٣٣
١٠ سنوات فأكثر	ك	٢٢	١٠	٣٢		٦	١	٤	١١	٢	١	٤	٥	١٢	٥٥
	٪	١٤ر٦٧	٦ر٦٧	٢١ر٣٣		٤	٦٧ر	٢ر٦٧	٧ر٣٣	١ر٣٣	٦٧ر	٢ر٧	٣ر٣٣	٨	٣٦ر٦٧
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥٠
	٪	٢١ر٣٣	٨ر٦٧	٣٠	٥ر٣٣	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٣٠ر٦٦	١٠٠

يوضح توزيع اقامة العاملين من عينة البحث

المتغيرات	العينة	المدارس: الأمل	المدارس: الفكرية	المجموع	المراكز: بديد	المراكز: الخوض	المراكز: سلالة	المراكز: العمانية	المجموع	المستشفيات: السلطاني	المستشفيات: النهضة	المستشفيات: خولة	المستشفيات: ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
داخل المؤسسة	ك					٧	٤		١١				٢	٢	١٣
	٪					٤ر٦٧	٢ر٦٧		٧ر٣٣				١ر٣٣	١ر٣٣	٨ر٦٧
خارج المؤسسة	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	٧	٢٦	٧	٤٨	٥	٤	١٢	٢٣	٤٤	١٣٧
	٪	٢١ر٣٣	٨ر٦٧	٣٠	٥ر٣٣	٤ر٦٧	١٧ر٣٣	٤ر٦٧	٣٢	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٥ر٣٣	٢٩ر٣٣	٩١ر٣٣
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥٠
	٪	٢١ر٣٣	٨ر٦٧	٣٠	٥ر٣٣	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٣٠ر٦٦	١٠٠

جدول رقم (٩) يوضح طريقة التحاق العاملين بالعمل في مؤسسات رعاية المعوقين

العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
عن طريق الاعلان	ك	٨	٦	١٤	١	٦		١	٨	١	١	٤	١٢	١٨	٣٩
	٪	٣٣ر٥	٤	٩ر٣٣	٦٧ر	٤		٦٧ر	٣٢ر٥	٦٧ر	٦٧ر	٢ر٦٧	٨	١٢	٢٦
بدون اعلان	ك	٢٤	٧	٣١		٨	٥	٤	١٧	٤	٣	٨	١٣	٢٨	٧٧
	٪	١٦	٤ر٦٧	٢٠ر٦٦		٣٣ر٥	٣ر٣٣	٢ر٦٧	١١ر٣٢	٢ر٦٧	٢	٣٣ر٥	٨ر٦٧	١٨ر٦٦	٥١ر٣٣
التطوع	ك				٧		٢٥	ر٢	٢٤						٣٤
	٪				٤ر٦٧		١٦ر٦٧	١ر٣٣	١٦						٢٢ر٦٧
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥٠
	٪	٢١ر٣٣	٨ر٦٧	٣٠	٣٣ر٥	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٣٠ر٦٢	١٠٠

جدول رقم (١٠) يوضح نوعية العمل السابق للعاملين قبل الالتحاق بمؤسسات المعوقين

المتغيرات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوص	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
نفس العمل الحالي	ك	٢٧	١١	٣٨	١	٧	١	٣	١٢	٣	١	١٠	١٦	٣٠	٧٩
	٪	١٨	٧ر٣٣	٢٥ر٣٣	٦٧ر	٤ر٦٧	٦٧ر	٢	٨	٢	٦٧ر	٦ر٦٧	١٠ر٦٧	٢٠	٥٢ر٦٧
قريب من العمل الحالي	ك	٥	٢	٧		١	١	١	٣	٢	١		٢	٥	١٥
	٪	٣ر٣٣	١ر٣٣	٤ر٦٧		٦٧ر	٦٧ر	٦٧ر	٢	١ر٣٣	٦٧ر		١ر٣٣	٣ر٣٣	١٠
في مجال مختلف عن العمل الحالي	ك										٢	٢	٧	١١	١١
	٪										١ر٣٣	١ر٣٣	٤ر٦٧	٧ر٣٣	٧ر٣٣
لا يوجد عمل سابق	ك				٧	٦	٢٨	٣	٤٤						٤٤
	٪				٤ر٦٧	٤	١٨ر٦٧	٢	٢٩ر٣٣						٢٩ر٣٣
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٧	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥٠
	٪	٢١ر٣٣	٨ر٦٧	٣٠	٥ر٣٣	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٣٠ر٦٦	١٠٠

جدول رقم (١١) يوضح مدى وجود رغبة للعاملين منذ البداية للعمل في مؤسسات المعوقين

المتغيرات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
نعم	ك	٢٩	١٣	٣٤	٨	١١	٢٧	٥	٥١	٤	٣	١١	٢٢	٤٠	١٣٣
	٪	١٩٫٣٣	٨٫٦٧	٢٢٫٦٦	٥٫٣٣	٧٫٣٣	١٨	٣٫٣٣	٣٤	٢٫٦٧	٢	٧٫٣٣	١٤٫٦٧	٢٦٫٦٦	٨٨٫٦٧
لا	ك	٣		٣		٣	٣	٢	٨	١	١	١	٣	٦	١٧
	٪	٢		٢		٢	٢	١٫٣٣	٥٫٣٣	٫٦٧	٫٦٧	٫٦٧	٢	٤	١١٫٣٣
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٤	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥٠
	٪	٢١٫٣٣	٨٫٦٧	٣٠	٥٫٣٣	٩٫٣٣	٢٠	٤٫٦٧	٣٩٫٣٣	٢٫٣٣	٢٫٦٧	٨	١٦٫٦٧	٣٠٫٦٦	

جدول رقم (١٢) يوضح أسباب رغبة العاملين في العمل بمؤسسات رعاية المعوقين

العينة / اسباب الرغبة في العمل		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بديد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
طبيعة العمل غير مختلفة عن الاعمال الاخرى	ك	١٢	٩	٢١		٢		٢	٤	٤	١	٥	١٢	٢٢	١٧
	٪	٨	٦	١٤		١ر٣٣		١ر٣٣	٢ر٦٧	٢ر٦٧	ر٦٧	٣ر٣٣	٨	١٤ر٦٧	٣١ر٣٣
الرغبة في التعرف على رعاية المعوقين	ك	٩	٩	١٨	٧	٣	١٦	٢	٢٨	٤	١	٧	٢١	٣٣	٧٩
	٪	٦	٦	١٢	٤ر٦٧	٢	١٠ر٦٧	١ر٣٣	١٨ر٦٦	٢ر٦٧	ر٦٧	٤ر٦٧	١٤	٢٢	٥٢ر٦٧
لطبيعة التخصص والخبرة	ك	٢٤	١٢	٣٦		٦	١	٢	٩	١	٤	١٢	٢١	٣٨	٨٣
	٪	١٦	٨	٢٤		٤	ر٦٧	١ر٣٣	٦	ر٦٧	٢ر٦٧	٦	١٤	٢٥ر٣٣	٥٥ر٣٣
العمل في هذا المجال واجب انساني	ك	٣٣	١١	٣٤	٨	٤	١٩	٣	٣٤		٣	١١	٢	٣٣	١٠٢
	٪	١٥ر٣٣	٧ر٣٣	٢٢ر٦٦	٥ر٣٣	٢ر٦٧	١٢ر٦٧	٢	٢٢ر٦٦		٢	٧ر٣٣	١٣ر٣٣	٢٢	٦٨
لصعوبة الحصول على عمل آخر	ك		١	١		١	٥		٦				٦	٧	١٤
	٪		ر٦٧	ر٦٧		ر٦٧	٣ر٣٣		٤			ر٦٧	٤	٤ر٦٧	٩ر٣٣

جدول رقم (١٣) يوضح أسباب عدم رغبة بعض العاملين للعمل بمؤسسات رعاية المعوقين

العينة / أسباب الرغبة في العمل		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	حولة	ابن سينا		
الخوف من تصرفات المعوقين	ك		٢	٢			٤	٢	٦				٢	٢	١
	/		١ر٣٣	١ر٣٢			٢ر٦٧	١ر٣٣	٤				١ر٣٣	١ر٣٣	٦ر٦٧
عدم وجود خبرة	ك	٢		٢		٢	٢	١	٥	١	١		٢	٤	١١
	/	١ر٣٣		١ر٣٢		١ر٣٣	١ر٣٣	ر٦٧	٣ر٣٣	ر٦٧	ر٦٧		١ر٣٣	٢ر٦٧	٧ر٣٣
عدم وجود القدرة الجسمية والنفسية	ك	١		١				١	١	١	١		١	٣	٥
	/	ر٦٧		ر٦٧				ر٦٧	ر٦٧	ر٦٧	ر٦٧		ر٦٧	٢	٣ر٣٣
صعوبة العمل في هذا المجال	ك	٢		٢		٢	٢		٤			١		١	٧
	/	١ر٣٣		١ر٣٣		١ر٣٣	١ر٣٣		٢ر٦٧			ر٦٧		ر٦٧	٤ر٧٦
بعد العمل عن المسكن	ك				١				١						١
	/				ر٦٧				ر٦٧						ر٦٧

جدول رقم (١٤) يوضح رغبة العاملين في ترك العمل الحالي إذا توفرت لهم فرص أخرى غير مؤسسات المعوقين

المتغيرات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
أوافق	ك					٥	٦		١١	١	١	٣	٣	٨	١٩
	٪					٣ر٣٣	٤		٧ر٣٣	٦٧ر	٦٧ر	٢	٢	٥ر٣٣	١٢ر٦٧
لا أوافق	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	٩	٢٤	٧	٤٨	٤	٣	٩	٣٢	٣٨	١٣١
	٪	١١ر٣٣	٨ر٦٧	٣٠	٥ر٣٣		١٦	٤ر٦٧	٣٢	٢ر٦٧	٢	٦	١٤ر٦٧	٢٥ر٣٣	٨٧ر٣٣
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥٠
	٪	٢١ر٣٣	٨ر٦٧	٣٠	٥ر٣٣	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٣ر٦٦	١٠٠

جدول رقم (١٥) يوضح أسباب رغبة العاملين بالمؤسسات بالاستمرار في عملهم الحالي حتي اذا توفرت فرص أخري للعمل

أسباب الإستمرارية في العمل / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العماية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
التعود علي العمل الحالي	ك	٧	٧	١٤	٥	٤	٣	١	١٢	١	٤	٥	١١	٢١	٤٨
	٪	٤ر٦٧	٤ر٦٧	٩ر٣٣	٣ر٣٢	٢ر٦٧	٢	ر٦٧	٨ر٦٧	ر٦٧	٢ر٦٧	٣ر٣٢	٧ر٣٣	١٤	٣٢
لتحقيق المكسب المادي	ك	١		١	١	٣			٥		١	٢	٦	٩	١٤
	٪	ر٦٧		ر٦٧	ر٦٧	٢			٣ر٣٢		ر٦٧	١ر٣٣	٤	٦	٩ر٣٢
العمل هنا انساني	ك	٢٦	١٠	٣٦	٦	٨	٢٢	٦	٤٢	٣	١	٩	١٢	٢٥	١٠٣
	٪	١٧ر٣٣	٦ر٦٧	٢٤	٤	٥ر٣٣	١٤ر٦٧	٤	٢٨	٢	ر٦٧	٦	٨	١٦ر٦٧	٦٨ر٦٧
الرغبة في تقديم الخبرة	ك	١١	٧	١٨	٢	٦	٢	٣	١٣	٢	١	٨	١٤	٢٥	٥٦
	٪	٧ر٣٣	٤ر٦٧	١٢	١ر٣٣	٤	١ر٣٣	٢	٨ر٦٧	١ر٣٣	ر٦٧	٥ر٣٣	٩ر٣٣	١٦ر٦٧	٣٧ر٣٣
العمل الحالي مريح	ك	٣	٣	٦	٣	٢	٤		١٠			٢	٦	٨	٢٤
	٪	٢	٢	٤	٢	٢	٢ر٦٧		٦ر٦٧			١ر٣٣	٤	٥ر٣٣	١٦
عدم وجود مسئولية محددة	ك	١	١	٢			١		١				٤	٤	٧
	٪	ر٦٧	ر٦٧	١ر٣٣			ر٦٧		ر٦٧				٢ر٦٧	٢ر٦٧	٤ر٦٧
الشعور بالرضي النفسي	ك	٢٢	١٣	٣٥	٧	٤	١٢	٦	٢٩	٣	١	٧	١٣	٢٤	٨٨
	٪	١٤ر٦٧	٨ر٦٧	٢٣ر٣٣	٤ر٦٧	٢ر٦٧	٨	٤	١٩ر٣٣	٢	ر٦٧	٤ر٦٧	٨ر٦٧	١٦	٥٨ر٦٧
التمسك بأهداف العمل	ك	٥	٥	١٠	٤	٣	٤		١١		١	٣	٥	٨	٣
	٪	٣ر٣٣	٣ر٣٣	٦ر٦٧	٢ر٦٧	٢	٢ر٦٧		٧ر٣٣		ر٦٧	٢	٣ر٣٣	٥ر٣٣	٢٠

جدول رقم (١٦) يوضح أهم الشروط التي يجب توافرها للعمل في مجال رعاية المعوقين وذلك حسب عينة البحث من العاملين

أهم الشروط / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		يبيد	الغوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
الشهادة	ك	٣٢	٦	٢٨	١	٤	١٤	٢	٢١		١	٩	٢١	٢٢	٨٠
	/	١٤ر٦٧	٤	١٨ر٦٦	٦٧ر	٢ر٦٧	٩ر٣٣	١ر٣٣	١٤		٦٧ر	٦	١٤	١٤ر٦٧	٥٣ر٣٣
التخصص	ك	٢٦	١١	٣٧	٣	٨	٢٢	٣	٣٦	٣	٢	٩	٢٤	٣٨	١١١
	/	١٧ر٣٣	٧ر٣٣	١٨	٢	٥ر٣٣	١٤ر٦٧	٢	٢٤	٢	١ر٣٣	٦	١٦	٢٥ر٣٢	٧٤
الخبرة	ك	٣١	١٣	٤٥	٤	١٠	٢٤	٤	٤٢	٢	٣	١١	٢٤	٤٠	١٢٦
	/	٢٠ر٦٧	٨ر٦٧	٢٣ر٣٣	٢ر٦٧	٦ر٦٧	١٦	٢ر٦٧	٢٨	١ر٣٣	٢	٧ر٣٣	١٦	٢٦ر٦٦	٨٤
الاتزان النفسي	ك	٢٣	١٠	٤٣	٤	٦	٢٤	٤	٣٨	٢	٢	١١	٢٤	٣٩	١١
	/	١٥ر٣٣	٦ر٦٧	٢٢	٢ر٦٧	٤	١٦	٢ر٦٧	٢٥ر٣٣	١ر٣٣	١ر٣٣	٧ر٣٣	١٦	٢٦	٧٣ر٣٣
حب العمل	ك	٣٠	١٣	٤٣	٨	١٠	٢٧	٥	٥٠	٥	٢	١١	٢٤	٣٢	١٣٥
	/	٢٠	٨ر٦٧	٢٢	٥ر٣٢	٦ر٦٣	١٨	٣ر٣٣	٣٣ر٣٣	٣ر٣٣	١ر٣٣	٧ر٢٣	١٦	٢١ر٣٢	٩
الاحساس بالمسئولية	ك	٣٠	١٢	٤٢	٦	٩	٢٥	٥	٤٥	٣	٤	١٠	٢٠	٠٣٧	٠٢٤
	/	٢٠	٨	٢١ر٣٣	٤	٦	١٦ر٧٦	٣ر٣٣	٣٠	٢	٢ر٦٧	٦ر٦٧	١٣ر٣٣	٢٤ر٦٦	٨٢ر٧
الدورات التدريبية	ك	١٨	١١	٢٩	٨	٨	٢٣	٣	٤٢	٣	٢	١٠	٢١	٣٦	١٠٧
	/	١٢	٧ر٣٣	١٩ر٣٣	٥ر٣٣	٥ر٣٣	١٥ر٣٣	٢	٢٨	٢	١ر٣٣	٦ر٦٧	١٤	٢٤	٧١ر٣٣
القوة البدنية	ك	٨	٤	١٢	٢	٢	٧	١	١٢		١	١١	١٥	٢٦	٥١
	/	٥ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١ر٣٣	١ر٣٣	٤ر٦٧	٦٧ر	٨		٦٧ر	٧ر٣٣	١٠	١٧ر٣٣	٣٤
قوة التحمل والصبر	ك	٣٢	١٢	٤٤	٦	١٠	٢٣	٣	٤٢	٣	٢	١٠	١٨	٣٣	١١٩
	/	٢١ر٣٢	٨	٢٩ر٣٣	٤	٦ر٦٧	١٥ر٣٣	٢	٢٨	٢	١ر٣٣	٦ر٦٧	١٢	٢٢	٧٩ر٣٣
الاستعداد للعمل مع المعوقين	ك	٢٧	١١	٣٨	٨	١٢	٢٤	٦	٥٠	٣	٢	١١	٢١	٣٧	١٢٥
	/	١٨	٧ر٣٣	٢٥ر٣٣	٥ر٣٣	٨	١٦	٤	٣٣ر٣٣	٢	١ر٣٣	٧ر٣٣	١٤	٢٤ر٦٦	٨٣ر٣٢

جدول رقم (١٧) يوضح رأي العاملين في المعوقين ورعايتهم كفئة اجتماعية

الاستجابات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	العكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
من ضحايا المجتمع	ك		١	١		١	١		٢	١				١	٤
	٪		٦٧ر	٦٧ر		٦٧ر	٦٧ر		١ر٣٣	٦٧ر				٦٧ر	٢ر٦٧
فئة تحتاج لمساعدة كبيرة	ك	٢٥	١٢	٢٤ر٦٧	٨	٨	٢٧	٥	٤٨	٤	٣	١٠	٢٤	٤١	١٢٦
	٪	١٦ر٦٧	٨	٩	٥ر٣٣	٥ر٣٣	١٨	٣ر٣٣	٣٢	٢ر٦٧	٢	٦ر٦٧	١٦	٢٧ر٣٣	٨٤
مرضى عاديين	ك	٤	٥	٦			١		١		١	١		٢	١٢
	٪	٢ر٦٧	٣ر٣٣	١٢			٦٧ر		٦٧ر		٦٧ر	٦٧ر		١ر٣٣	٨
يجب أن يتحملوا القضاء والقدر	ك	١٢		٨	٤	٣	٦	٢	١٦			١٠	٢٢	٢٢	٥٩
	٪	٨			٢ر٦٧	٢	٤	١ر٣٣	١٠ر٦٦			٦ر٦٧	١٤ر٦٧	٢١ر٣٣	٣٩ر٣٣
فئة لا أمل فيها اجتماعيا	ك				١	١			٢			١		١	٣
	٪				٦٧ر	٦٧ر			١ر٣٣			٦٧ر		٦٧ر	٢
لا يجب عزلهم عن المجتمع	ك	٢٨	١٢	٤٠	٨	١٤	٢٨	٧	٥٧	٥	٣	١٢	٢٣	٤٣	٤٠
	٪	١٨ر٦٧	٨	٢٦ر٦٦	٥ر٣٣	٩ر٣٣	١٨ر٦٧	٤ر٦٧	٣٨	٣ر٣٣	٢	٨	١٥ر٣٣	٢٨ر٦٦	٩٣ر٣٣
يجب الاهتمام بهم ورعايتهم	ك	٢٥	١٣	٤٠	٨	١٤	٢٩	٧	٥٨	٣	٤	١٠	٩	٢٦	١٢٤
	٪	١٣ر٣٣	٨ر٦٧	٢٦ر٦٦	٥ر٣٣	٩ر٣٣	١٩ر٣٣	٤ر٦٧	٢٨ر٦٧	٢	٢ر٦٧	٦ر٦٧	٦	١٧ر٣٣	٨٤ر٣٣
ضرورة رعاية أسرهم	ك	٢١	١٣	٣٠	٨	١٤	٢٨	٧	٥٧	٣	٤	١٠	٩	٢٦	١١٨
	٪	١٣ر٣٣	٨ر٦٧	٢٠	٥ر٣٣	٩ر٣٣	١٨ر٦٧	٤ر٦٧	٣٨	٢	٢ر٦٧	٦ر٦٧	٦	١٧ر٣٣	٧٧ر٣٣
ضرورة تأهيلهم وتشغيلهم	ك	٣٢	١٢	٤٤	٨	١٣	٣٠	٧	٥٨	٥	٤	١٢	٢٠	٤١	١٤٣
	٪	٢١ر٣٣	٨	٢٩ر٣٣	٥ر٣٣	٨ر٦٧	٢٠	٤ر٦٧	٢٨ر٦٧	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٣ر٣٣	٢٧ر٣٣	٩٥ر٣٣

جدول رقم (١٨) يوضح أهم أسباب الاعاقة حسب وجهة نظر العاملين في مؤسسات المعوقين

أسباب الاعاقة / المؤسسة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الوفاء		مدينة	الحوض	صلالة	العامرية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
الظروف الاقتصادية	ك	٢٨	١٣	٤١	٧	٤	١١	٦	٢٨	٣	٤	١	٢٢	٣٩	١٠٨
	٪	١٨ر٦٦	٨ر٦٧	٢١ر٣٣	٤ر٦٧	٢ر٦٧	٧ر٣٣	٤	١٨ر٦٦	٢	٢ر٦٧	٦ر٦٧	١٤ر٦٦	٢٦	٧٢
زواج الأقارب	ك	٣١	١٣	٤٤	٨	١٤	٢٩	٧	٥٨	٥	٤	١٢	٢٤	٤٥	١٤٧
	٪	٢٠ر٦٧	٨ر٦٧	٢٩ر٣٣	٥ر٣٣	٩ر٣٣	١٩ر٣٣	٤ر٦٧	٣٨ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦	٣٠	٩٨
سوء التغذية	ك	١٢	١٢	٢٤	٧	٨	٢٩	٧	٥١	٥	٤	١٢	٢٤	٤٥	١٢٠
	٪	٨	٨	١٦	٤ر٦٧	٥ر٣٣	١٩ر٣٣	٤ر٦٧	٣٤	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦	٣٠	٨٠
الاهمال	ك	٢٧	١٣	٤٠	٨	١٣	٣٠	٧	٥٨	٥	٤	١٢	٢٥	٤٥	١٤٣
	٪	١٩ر٣٣	٨ر٦٧	٢٦ر٦٧	٥ر٣٣	٨ر٦٧	٢٠	٤ر٦٧	٥٨ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦	٣٠ر٦٧	٩٥ر٣٣
التسمم	ك	١		١	٧	١٦	٥	١	٤٠	٣	٢	٨	١٦	٢٩	٧٠
	٪	ر٦٧		ر٦٧	٤ر٦٧	١٠ر٦٧	٣ر٣٣	ر٦٧	٢٦ر٦٦	٢	١ر٣٣	٥ر٣٣	١٠ر٦٧	١٩ر٣٣	٤٦ر٦٦
السحر ومس الجن	ك				٣	٨	٦	٣	٢٠		١	٥	١	٧	٢٧
	٪				٢	٥ر٣٣	٤	٢	١٣ر٣٣		ر٦٧	٣ر٣٣	ر٦٧	٤ر٧	١٨
الحسد	ك				٣	٦	٣	٦	١٨		١	٤	١	٦	٢٤
	٪				٢	٤	٢	٤	١٢		ر٦٧	٢ر٦٧	١ر٤	٤	١٦
تعدد الزوجات	ك				٧	٣	٦	٤	٢٠	٢	٢	٢	٣	٩	٢٩
	٪				٤ر٦٧	٢	٤	٢ر٦٧	١٣ر٣٣	١ر٣٣	١ر٣٣	١ر٣٣	٢	٦	١٩ر٣٣
كثرة عدد الأطفال	ك	١	٩	١٠	٧	٥	١٢	٦	٣٠	٣	٢	١	٥	١١	٥١
	٪	ر٦٧	٦	٦ر٦٦	٤ر٦٧	٣ر٣٣	٨	٤	٢٠	٢	١ر٣٣	ر٦٧	٣ر٣٣	٧ر٣٣	٣٤
ارتفاع معدل الطلاق	ك		٧	٧	٧	٤	١١	٤	٢٢	١	١	١	٧	١٠	٤٣
	٪		٤ر٦٧	٤ر٦٧	٤ر٦٧	٢ر٦٧	٧ر٣٣	٢ر٦٧	١٤ر٦٦	ر٦٧	ر٦٧	ر٦٧	٤ر٦٧	٦ر٦٧	٢٨ر٦٧
نقص الوعي الصحي	ك	٢٨	١٣	٤١	١٠	٢٥	٧	٤	٤٦	٤	٢	٧	١٧	٣٠	١٢١
	٪	١٨ر٦٧	٨ر٦٧	٢٧ر٣٣	٦ر٦٧	١٦ر٦٧	٤ر٦٧	٢ر٦٧	٣٠ر٦٦	٢ر٦٧	١ر٣٣	٤ر٦٧	١١ر٣٣	٢٠	٨٠ر٦٧

تابع جدول رقم (١٨) يوضح أهم أسباب الاعاقة حسب وجهة نظر العاملين في مؤسسات المعوقين

أسباب الإعاقة	العينة	المدارس: الأمل	المدارس: الفكرية	المجموع	المراكز: بدبد	المراكز: الخوض	المراكز: صلالة	المراكز: العمانية	المجموع	المستشفيات: السلطاني	المستشفيات: النهضة	المستشفيات: خولة	المستشفيات: ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
نقص الرعاية الاجتماعية	ك	١٧	١١	٢٨	٨	٤	٢٥	٥	٤٢	١	٣	٨	٢١	٣٣	١٠٣
	٪	١١٫٣٣	٧٫٣٣	١٨٫٦٦	٥٫٣٣	٢٫٦٧	١٦٫٧٦	٣٫٣٣	٢٨	٫٦٧	٢	٥٫٣٣	١٤	٢٢	٦٨٫٦٧
نقص الرعاية الصحية	ك	٢١	١١	٣٢	٨	٥	٢٠	٦	٣٩	١	٣	٧	٢١	٣٢	١٠٣
	٪	١٤	٧٫٣٣	٢٢	٥٫٣٣	٣٫٣٣	١٣٫٣٣	٤	٢٦	٫٦٧	٢	٤٫٦٧	١٤	٢١٫٣٣	٦٨٫٦٧
تقصير وسائل الاعلام	ك	١٣	١٣	٢٦	٨	٦	١٧	٧	٣٨	٤	٣	٧	١٩	٣٣	٩٧
	٪	٨٫٦٧	٨٫٦٧	١٧٫٣٣	٥٫٣٣	٤	١١٫١٣	٤٫٦٧	٢٥٫٣٣	٢٫٦٧	٢	٤٫٦٧	١٢٫٦٧	٢٢	٦٤٫٦٧
الأمية والجهل	ك	٢٢	١٠	٣٢	٤	٩	١٩	٥	٣٧	٤	١	٤	٢٢	٣١	١٠٠
	٪	١٤٫٦٧	٦٫٦٧	٢١٫٣٣	٢٫٦٧	٦	١٢٫٦٧	٣٫٣٣	٢٤٫٦٧	٢٫٦٧	٫٦٧	٢٫٦٧	١٤٫٦٦	٢٠٫٦٧	٦٦٫٦٧
التلوث البيئي	ك	٤	-	٤	٤		١	١	٦			١	١	٢	١٢
	٪	٢٫٦٧		٢٫٦٧	٢٫٦٧		٫٦٧	٫٦٧	٤			٫٦٧	٫٦٧	١٫٣٣	٨
نقص الأمن الصناعي	ك	١	٣	٤	٢	١٥	٤		٢٢		٢	٨	١٣	٢٣	٥٦
	٪	٫٦٧	٢	٢٫٦٧	٢	١٠	٢٫٦٧		١٤٫٦٦		١٫٣٣	٥٫٣٣	٨٫٦٧	١٥٫٣٣	٣٧٫٣٣
عدم تطعيم الأطفال	ك	٣٢	١١	٣٣	٨	١٤	٢٩	٦	٥٧	٤	٦	١١	٢٢	٤٣	١٣٣
	٪	٢١٫٣٣	٧٫٣٣	٢٢	٥٫٣٣	٩٫٣٣	١٩٫٣٣	٤	٣٨	٢٫٦٧	٤	٧٫٣٣	١٤٫٦٧	٢٨٫٦٧	٨٨٫٦٧
التشخيص الطبي الخاطئ	ك	٢٤	١٣	٣٧	٨	١٢	٣٠	٦	٥٨	٣	٤	١١	١٣	٣١	١٢٤
	٪	١٦	٨٫٦٧	٢٤٫٦٦	٥٫٣٣	٨	٢٠	٤	٣٨٫٦٧	٢	٢٫٦٧	٧٫٣٣	٨٫٦٧	٢٠٫٦٧	٨٢٫٠٧
تناول أدوية خطأ	ك	٢٥	١٢	٣٧	٨	١٢	٣٠	٦	٥٨	٤	٤	١٢	١٣	٣٣	١١٢
	٪	١٦٫٦٧	٨	٢٤٫٦٦	٥٫٣٣	٨	٢٠	٤	٣٨٫٦٧	٢٫٦٧	٢٫٦٧	٨	٨٫٦٧	٢٢	٧٥٫٣٣
حوادث الطريق والمرور	ك	١٤	١٠	٢٤	٨	١٣	٢٩	٧	٥٩	٥	٤	١٠	٢٣	٤٢	١٢٣
	٪	٩٫٣٣	٦٫٦٧	١٦	٥٫٣٣	٨٫٦٧	١٩٫٣٣	٤٫٧٦	٣٩٫٣٣	٣٫٣٣	٢٫٦٧	٦٫٦٧	١٥٫٣٣	٢٨	٨٢
المشاجرات والعلاقات	ك						١		١	١		١		٢	٣
	٪						٫٦٧		٫٦٧	٫٦٧		٫٦٧		١٫٣٣	٢

تابع جدول رقم (١٨) يوضح أهم أسباب الاعاقة حسب وجهة نظر العاملين في مؤسسات المعوقين

المتغيرات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بديد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
نقص رعاية الحوامل	ك	٢٦	١٣	٣٩	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤١	١٤٤
	٪	١٧ر٣٣	٨ر٦٧	٢٦	٥ر٣٣	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٢٧ر٣٣	٩٦
نقص الرعاية الدورية للأطفال	ك	٢٠	١٣	٣٣	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤١	١٣٠
	٪	١٣ر٣٣	٨ر٦٧	٢٢	٥ر٣٣	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٢ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٢٧ر٣٣	٨٦ر٧

جدول رقم (١٩) يوضح حقيقة وجود فئات غير طبية تقوم بعلاج المعوقين حسب الاعتقادات السائدة في المجتمع

المتغيرات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
نعم	ك	٣٠	١٢	٤٢	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٤	٣	٨	٢٥	٤	١٤٠
	٪	٢	٨	٢٨	٥ر٣٣	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٢ر٦٧	٢	٥ر٣٣	١٦ر٦٧	٣٦ر٦٧	٩٣ر٣٣
لا	ك	٢	١	٣						١	١	٤		٨	١٠
	٪	١ر٣٣	ر٦٧	٢						ر٦٧	ر٦٧	٢ر٦٧		٥ر٣٣	٦ر٦٧
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٨	١٥٠
	٪	٢١ر٣٣	٨ر٦٧	٣٠	٥ر٣٣	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٣٢	١

جدول رقم (٢٠) يوضح أهم الفئات أو الأشخاص الذين يقومون بعلاج المعوقين حسب رأي عينة البحث من العاملين والمسئولين

العينة / أهم الفئات أو الأفراد		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
الوسام	ك	١٤	١٢	٣٦	٦	١٣	٢٦	٧	٥٢	٥	٣	١٢	٢٥	٤٥	١٢٣
	٪	٩ر٣٣	٨	٢٤	٤	٨ر٦٧	١٧ر٣٣	٤ر٦٧	٢٤ر٦٧	٣ر٣٣	٢	٨	١٦ر٦٧	٣٠	٨٢
البصار	ك	٢٠	١٢	٣٢	٦	١٠	٢٧	٦	٥١	٤	٤	١٢	٢٥	٤٥	١٢٦
	٪	١٣ر٣٣	٨	٢١ر٣٣	٤	٦ر٦٧	١٨	٤	٣٤	٢ر٦٧	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٣٠	٨٤
متخصص في السحر	ك	١٦	١٢	٣٠	٧	١٠	٢٥	٦	٤٨	٤	١	٩	٢٥	٣٩	١١٥
	٪	١٠ر٦٧	٨	٢٠	٤ر٦٧	٦ر٦٧	١٦ر٦٧	٤	٣٢	٢ر٦٧	٦٧ر	٦	١٦ر٦٧	٢٦	٧٦ر٦٧
المعلم	ك	١٤	٤	١٨	٦	١١	٢٢	٧	٤٦	٣	٢	٩	٢٤	٣٨	١٠٢
	٪	٩ر٣٣	٢ر٦٧	١٢	٤	٧ر٣٣	١٤ر٦٧	٤ر٦٧	١٠ر٦٧	٢	١ر٣٣	٦	١٦	٢٥ر٣٣	٦٨
رجل الدين	ك		١	١		١	٢		٣	٢	١	٢	١٠	١٥	١٩
	٪		٦٧ر	٦٧ر		٦٧ر	١ر٣٣		٢	٣	٦٧ر	١ر٣٣	٦ر٦٧	١٠	١٢ر٦٧
الطبيب الشعبي	ك	١	١	٢	٥	١٢	١٣	٧	٣٧	٥	٣	٨	١٦	٣٢	٧١
	٪	٦٧ر	٦٧ر	١ر٣٣	٣ر٣٣	٨	٨ر٦٧	٤ر٦٧	٢٤ر٦٧	٣ر٣٣	٢	٥ر٣٣	١٠ر٦٧	٢١ر٣٣	٧٤ر٣٣

جدول رقم (١) يوضح رأي عينة البحث من العاملين حول وجود بعض الأمثال الشعبية عن الاعاقة والمعوقين

المتغيرات	العينة	المدارس: الأمل	المدارس: الفكرية	المجموع	المراكز: بدبد	المراكز: الخوض	المراكز: صلالة	المراكز: العمانية	المجموع	المستشفيات: السلطاني	المستشفيات: النهضة	المستشفيات: خولة	المستشفيات: ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
نعم	ك	٢٦	١٣	٣٩	٧	١٢	٣٠	٧	٥٦	٤	٤	١٢	٢٥	٤٥	١٤٠
	٪	١٦ر٣١	٨ر٦٧	٢٦	٤ر٦٧	٨	٢٠	٤ر٦٧	٣٧ر٣٣	٢ر٦٧	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٣٠	٩٣ر٣٣
لا	ك	٦		٦	١	٢			٣	١				١	١٠
	٪	٤		٤	٦٧ر	١ر٣٣			٢	٦٧ر				٦٧ر	٦ر٦٧
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٠	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥٠
	٪	٢١ر٣٠	٨ر٦١	٣٠	٥ر٣٣	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٣٠ر٦٧	١٠.

جدول رقم (٢٢) يوضح حقيقة وجود بعض الأمثلة والنصائح في المجتمع حول المعوقين ورعايتهم

المتغيرات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بديد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
نعم	ك	٢٤	١٢	٣٦	٥	٩	٢٧	٧	٤٨	٥	٣	١٢	٢٤	٤٤	١٢٨
	/	١٦	٨	٢٤	٣ر٣٣	٦	١٨	٤ر٦٧	٣٢	٣ر٣٣	٢	٨	١٦	٢٩ر٣٣	٨٥ر٣٣
لا	ك	٧	١	٨	٢	٥	٣		١٢		١		١	٢	٢٢
	/	٤ر٦٧	ر٦٧	٥ر٣٣	٢	٣ر٣٣	٢		٨ر٦٧		ر٦٧		ر٦٧	١ر٣٣	١٤ر٦٧
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥٠
	/	٢١ر٣٣	٨ر٦٧	٣٠	٥ر٣٣	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٣٠ر٦٧	١٠٠

جدول رقم (٣٣) يوضح رأي العاملين من عينة البحث حول ما تعرضه وسائل الاعلام عن المعوقين

المتغيرات	العينة	المدارس: الأمل	المدارس: الفكرية	المجموع	المراكز: بديد	المراكز: الخوض	المراكز: صلالة	المراكز: العمانية	المجموع	المستشفيات: السلطاني	المستشفيات: النهضة	المستشفيات: خولة	المستشفيات: ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
تعبر عن الواقع الفعلي	ك	١٥	١٠	٢٥	٦	١	١		٨		١		٣	٥	[illegible]
	٪	١٠	٦,٦٧	١٦,٦٧	٤,٦٧	٦٧ر	٦٧ر		٥,٣٣		٦٧ر		٢	٢,٦٧	٢٤,٦٧
تعرض بهدف التسلية	ك	١		١									٢	٢	٣
	٪	٦٧ر		٦٧ر									١,٣٣	١,٣٣	٢
تعرض بصورة دعائية فقط	ك	٣	١٠	١٣		١	٣	٢	٦	٢	١		٣	٥	٢١
	٪	٢	٦,٦٧	٨,٦٧		٦٧ر	٢	١,٣٣	٤	١,٣٣	٦٧ر		١,٣٣	٣,٣٣	[illegible]
لاثارة التعاطف معهم	ك	٣	١٠	١٣	٧	١	١٠	٤	٢٢	٣	٢	١٢	٢٤	٤١	[illegible]
	٪	٢	٦,٦٧	٨,٦٧	٤,٦٧	٦٧ر	٦,٦٧	٢,٦٧	١٤,٦٧	٢	١,٣٣	٨	١٦	٢٧,٣٣	[illegible]
توجد فقط بعض الحملات الصحفية	ك	٥	٨	١٣		٨	٢٨	٧	٤٣	٣	٢	١٢	٢٣	٤٠	[illegible]
	٪	٣,٣٣	٥,٣٣	٨,٦٧		٥,٣٣	١٨,٦٧	٤,٦٧	٢٨,٦٧	٢	١,٣٣	٨	١٥,٣٣	٢٦,٦٧	
يجب الاهتمام اعلاميا بالمعوقين	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٢	٢٧	٧	٥٤	٢	٣	١٢	٢٣	٤٠	
	٪	٢١,٣٣	٨,٦٧	٣٠	٥,٣٣	٨	١٨	٤,٦٧	٣٦	١,٣٢	٢	٨	١٥,٣٣	٢٦,٦٧	[illegible]

جدول رقم (٢٤) يوضح أهم مجالات خبرة العاملين في مؤسسات رعاية المعوقين

أهم المجالات / العينة		المدارس			المراكز					المستشفيات					
		الأمل	الفكرية	المجموع	بديد	الخوص	صلالة	العمانية	المجموع	السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
المتخلفون عقلياً	ك	٦	١٣	١٩	٣	٨	٤	٢	١٧				١١	١١	٤٧
	٪	٤	٨٫٦٧	١٢٫٦٧	٢	٥٫٣٣	٢٫٦٧	١٫٣٣	١١٫٣٣				٧٫٣٣	٧٫٣٣	٢١٫٣٣
الصم والبكم	ك	٢٢		٣٢	٨	١٢	٢٦	٦	٥٢		١	١		٢	٨٦
	٪	٢١٫٣٣		٢١٫٣٣	٥٫٣٣	٨	١٧٫٣٣	٤	٣٤٫٦٧		٫٦٧	٫٦٧		١٫٣٣	٥٧٫٣٣
المكفوفون	ك					٢		١	٣						٣
	٪					١٫٣٣		٫٦٧	٢						٢
مرض الشلل	ك				١	٥	٦	٢	١٤	٣	٣	٣		٩	٢٣
	٪				٫٦٧	٣٫٣٣	٤	١٫٣٣	٩٫٣٣	٢	٢	٢		٦	١٥٫٣٣
المرضى العقليون والنفسيون	ك	٣	١	٤			٧		٧	٥	٢	٣	٢٥	٣٥	٤٦
	٪	٢	٫٦٧	٢٫٦٧			٤٫٦٧		٤٫٦٧	٣٫٣٣	١٫٣٣	٢	١٦٫٦٧	٢٣٫٣٣	٣٠٫٦٧
متعددو العاهات	ك					١			١	١		٢		٣	٤
	٪					٫٦٧			٫٦٧	٫٦٧		١٫٣٣		٢	٢٫٦٧

جدول رقم (٢٥) يوضح أهم الأدوات والاختبارات المستخدمة في مؤسسات المعوقين حسب رأي عينة البحث من العاملين والمسئولين

العينة / الأدوات والاختبارات المستخدمة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	العكرية		بدبد	الغوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
استمارة طلب الالتحاق	ك	٢٩	١١	٤٠	٧	١٢	٢٤	٦	٤٩	٢		٤	١٨	٢٤	١١٣
	٪	١٩ر٣٣	٧ر٣٣	٢٦ر٦٧	٤ر٦٧	٨	١٦	٤	٣٢ر٦٧	١ر٣٣		٢ر٦٧	١٢	١٦	٧٥ر٣٣
استمارة بحث الاجتماعي للأسرة	ك	٣١	١٢	٣٣	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٢	١	٤	٢٤	٣٢	١٣٤
	٪	٢٠ر٦٧	٨	٢٨ر٦٧	٥ر٣٣	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٢	٦٧ر	٢ر٦٧	٢ر٦٧	٢١ر٣٣	٨٩ر٣٣
استمارة فحص طبي	ك	٣٢	١٣	٤٤	٣	١٤	٣٠	٧	٤٤	٥	٠٤	١٢	١٢	٤٦	١٤٥
	٪	٣١ر٣٣	١٨ر٦٧	٢٩ر٣٣	٢	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٢٩ر٣٣	٢ر٣٣	٢ر٦٧	٨	٨	٣٠ر٦٧	٩٦ر٦٧
اختبار ستانفورد بنية للذكاء	ك	٨	١	٩		٤			٤٤						١٣
	٪	٥ر٣٣	٦٧ر	٦		٢ر٦٧			٢ر٦٧						٨ر٦٧
اختبار وكسلر للأطفال والراشدين	ك						٣		٢						٢
	٪						٢		٢						٢
اختبار رسم الرجل	ك														
	٪														
متاهات بورتيوس	ك														
	٪														
الذكاء المصور	ك														
	٪														
مقاييس النضج الانفعالي	ك														
	٪														
مقياس السلوك التوافقي	ك														
	٪														

جدول رقم (٣٦) يوضح مدي حصول العاملين علي بعثات دراسية أو تدريبية بعد التحاقهم بمؤسسات المعوقين

المتغيرات / العينة		المدارس			المراكز					المستشفيات					
		الأمل	الفكرية	المجموع	بدبد	الخوض	صلالة	العمانية	المجموع	السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
نعم	ك	٤	٣	٧		٣	٢	٤	٩	١		١		٢	١٨
	٪	٢ر٦٧	٢	٤ر٦٧		٢	١ر٣٣	٢ر٦٧	٦	٦٧ر		٦٧ر		١ر٣٣	١٢
لا	ك	٢٨	١٠	٣٨	٨	١١	٢٨	٣	٥٠	٤	٤	١١	٢٥	٤٤	١٣٢
	٪	١٨ر٦٧	٦ر٦٧	٢٥ر٣٣	٥ر٣٣	٧ر٣٣	١٨ر٦٧	٢	٣٣ر٣٣	٢ر٦٧	٢ر٦٧	٧ر٣٣	١٦ر٦٧	٢٩ر٣٣	٨٨
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥٠
	٪	٢١ر٣٣	٨ر٦٧	٣٠	٥ر٣٣	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٣٠ر٦٧	١٠٠

جدول رقم (٢٧) يوضح أماكن البعثات والدورات التدريبية التي التحق بها بعض العاملين بمؤسسات المعوقين

أماكن البعثات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بديد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
دول عربية	ك	٤	٣	٧		٣	٢	٣	٨						١٥
	٪	٢ر٦٧	٢	٤ر٦٧		٢	١ر٣٣	٢	٦						١٠
دول أجنبية	ك							١		١		١		٢	٣
	٪							ر٦٧		ر٦٧		ر٦٧		١ر٣٣	٢
المجموع	ك	٤	٣	٧		٣	٢	٤	٩	١		١		٢	١٨
	٪	٢ر٦٧	٢	٤ر٦٧		٢	١ر٣٣	٢ر٧٦	٦ر٦٧	ر٦٧		ر٦٧		١ر٣٣	١٢

جدول رقم (٢٨) يوضح طول فترة البعثات الدراسية والدورات التدريبية التي حصل عليها بعض العاملين بعد التحاقهم بمؤسسات المعوقين

المتغيرات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
أقل من ٣ شهور	ك		١	١		٣	١	٣	٧						٨
	/		٦٧ر	٦٧ر		٢	٦٧ر	٢	٤ر٦٧						٥ر٣٣
٣ - ٦ شهور	ك					٢	١	١	٤	١				١	٥
	/					١ر٣٣	٦٧ر	٦٧ر	٢ر٦٧	٦٧ر				٦٧ر	٣ر٣٣
٦ - ١٢ شهر	ك	٢		٢											٢
	/	١ر٣٣		١ر٣٣											١ر٣٣
١ - سنتين	ك	١	١	٢				١	١						٣
	/	٦٧ر	٦٧ر	١ر٣٣				٦٧ر	٦٧ر						٢
سنتين فأكثر	ك														
	/														
المجموع	ك	٤	٣	٧		٣	٢	٤	٩	١		١		٢	١٨
	/	٢ر٦٧	٢	٤ر٦٧		٢	١ر٣٣	٢ر٦٧	٦ر٦٧	٦٧ر		٦٧ر		١ر٣٣	١٢

جدول رقم (٢٩) يوضح اهم موضوعات الدورات التدريبية التي حصل عليها بعض العاملين بعد التحاقهم بمؤسسات رعاية المعوقين

العينة / أهم الموضوعات		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
رعاية المعوقين نفسيا واجتماعيا	ك		١	١	١	١	١	٤	٧						٨
	٪		٦٧ر	٦٧ر	٦٧ر	٦٧ر	٦٧ر	٢ر٦٧	٤ر٦٧						٣٣ر٥
تأهيل وعلاج المعوقين	ك		١	١		٢		٢	٤	١	٢	٣		٦	١١
	٪		٦٧ر	٦٧ر		١ر٣٣		١ر٣٣	٢ر٦٧	٦٧ر	١ر٣٣	٢		٤	٧ر٣٣
اكتشاف الاعاقة وأسبابها	ك					١	١	١	٣						٣
	٪					٦٧ر	٦٧ر	٦٧ر	٢						٢
رعاية أسر المعوقين	ك				٢				٢						٢
	٪				١ر٣٣				١ر٣٣						١ر٣٣
تشغيل المعوقين	ك					١		١	٢						٢
	٪					٦٧ر		٦٧ر	١ر٣٣						٣٣ر
موضوعات حول الاعاقة والمعوقين	ك				١	١	١	٤	٧		٢			٢	٩
	٪				٦٧ر	٦٧ر	٦٧ر	٢ر٦٧	٣٣ر٥		١ر٣٣	.		١ر٣٣	.

جدول رقم (٣٠) يوضح مدى اشتراك العاملين في دورات تدريبية بعد التحاقهم بالعمل في مؤسسات المعوقين

المتغيرات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بديد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
نعم	ك		١	١	٢	٢	١	٥	١٠	١	٢	٣		٦	١٧
	/		٦٧ر	٦٧ر	١ر٣٣	١ر٣٣	٦٧ر	٣ر٣٣	٦ر٦٧	٦٧ر	١ر٣٣	٢		٤	١١ر٣٣
لا	ك	٣٢	١٢	٤٤	٦	١٢	٢٩	٢	٤٩	٤	٢	٩	٢٥	٤٠	١٣٣
	/	٢١ر٣٣	٨	٢٩ر٣٣	٤	٨	١٩ر٣٣	١ر٣٣	٣٢ر٦٧	٢ر٦٧	١ر٣٣	٦	١٦ر٦٧	٢٦ر٦٧	٨٨ر٦٧
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥
	٪	٢١ر٣٣	٨ر٦٧	٣٠	٥ر٣٣	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٢	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٧	٢٠ر٦٧	١

جدول رقم (٣١) يوضح مدي اشتراك العاملين في مؤتمرات وندوات محلية أو خارجية ترتبط بمجال رعاية المعوقين بعد التحاقهم بالعمل

المتغيرات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
نعم	ك					١	١	٣	٥	١				١	٦
	/					٦٧ر	٦٧ر	٢	٣٣ر٣	٦٧ر				٦٧ر	٤
لا	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٣	٢٨	٤	٤٥	٤	٤	١٢	٢٥	٤٥	١٤٤
	/	٦٧ر٢٠	٦٧ر٨	٣٠	٣٣ر٥	٦٧ر٨	٦٧ر١٨	٦٧ر٢	٣٠	٦٧ر٢	٦٧ر٢	٨	٦٧ر١٦	٣٠	٩٦
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥٠
	/	٦٧ر٢٠	٦٧ر٨	٣٠	٣٣ر٥	٣٣ر٩	٢٠	٦٧ر٤	٣٣ر٣٩	٣٣ر٣	٦٧ر٢	٨	٦٧ر١٦	٣٠	١٠٠

جدول رقم (٣٢) يوضح مدي حصول العاملين في دراساتهم أو تدريبهم علي المجالات التالية قبل أو بعد التحاقهم بمؤسسات رعاية المعوقين

أهم المجالات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بديد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
التخلف العقلي	ك	٧	١٣	٢٠		٦	٣	٤	١٣	٣	٢	٣	١٢	٢٠	٥٣
	٪	٤٫٦٧	٨٫٦٧	١٣٫٣٣		٤	٢	٢٫٦٧	٨٫٦٧	٢	١٫٣٣	٢	٨	١٣٫٣٣	٣٥٫٣٣
اضطرابات الشخصية	ك	٢	٨	١٠		٣	٢	٣	٨				٨	٨	٢٦
	٪	١٫٣٣	٥٫٣٣	٦٫٦٧		٢	١٫٣٣	٢	٥٫٣٣				٥٫٣٣	٥٫٣٣	١٧٫٣٣
علم النفس الاكلينيكي	ك	٢	٣	٥		٢		٢	٤	١	١		٧	٩	١٨
	٪	١٫٣٣	٢	٣٫٣٣		١٫٣٣		١٫٣٣	٢٫٦٧	٫٦٧	٫٦٧		٤٫٦٧	٦	١٢
الصحة النفسية	ك	١٨	٨	٢٦		٦	١	٢	٩				٤	٤	٣٨
	٪	١٢	٣٫٣٣	١٥٫٣٣		٤	٫٦٧	١٫٣٣	٦				٢٫٦٧	٢٫٦٧	٢٥٫٣٣
القياس النفسي	ك	٢	٥	٧		٢		١	٣				٨	٨	١٨
	٪	١٫٣٣	٣٫٣٣	٤٫٦٧		١٫٣٣		٫٦٧	٢				٥٫٣٣	٥٫٣٣	١٢
الطب النفسي	ك					١		١	٢				٨		١٠
	٪					٫٦٧		٫٦٧	١٫٣٣				٥٫٣٣		٦٫٦٧
علم الاجتماع الطبي	ك					١		١	٢						٢
	٪					٫٦٧		٫٦٧	١٫٣٣						١٫٣٣
الطب النفسي الاجتماعي	ك		٥	٥									٧	٧	١٢
	٪		٣٫٣٣	٣٫٣٣									٤٫٦٧	٤٫٦٧	٨
علم اجتماع المؤسسات	ك					٢		٢	٤				٢	٢	٦
	٪					١٫٣٣		١٫٣٣	٢٫٦٧				١٫٣٣	١٫٣٣	٤
الخدمة الاجتماعية	ك					٢		٢	٤				٢	٢	٦
	٪					١٫٣٣		١٫٣٣	٢٫٦٧				١٫٣٣	١٫٣٣	٤

جدول رقم (٣٢) يوضح رأي عينة البحث من العاملين حول المدة التي يحتاجها الموقين للتأهيل لمجالات العمل المختلفة

العينة / المتغيرات		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
أقل من سنة	ك						٤		٤		١	٥	١٠	١٦	٢٠
	٪						٢ر٦٧		٢ر٦٧		٦٧ر	٣ر٣٣	٦ر٦٧	١٠ر٦٧	١٠ر٣٣
سنة - سنتين	ك				٦	٨	٦	٢	٢٤	٥	١	٤	٦	١٦	٤
	٪				٤	٥ر٣٣	٤	١ر٣٣	١٦	٣ر٣٣	٦٧ر	٢ر٦٧	٤	١٠ر١٦	٢٦ر٦٧
سنتين - ثلاث سنوات	ك	٥		٥		٦	٨	٣	١٧		٢	٣	١٥	٢٠	٤٢
	٪	٣ر٣٣		٣ر٣٣	-	٤	٥ر٣٣	٢	١١ر٣٣		١ر٣٣	٢		١٠ر٣٣	٢٨
ثلاثة سنوات فأكثر	ك	٢٧	١٣	٤٠	٢		١٢	٢	١٤						١٦
	٪	١٨	٨ر٦٧	٢٦ر٦٧	١ر٣٣		٨	١ر٣٣	٨						١٠ر٦٧
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥٠
	٪	٢١ر٣٣	٨ر٦٧	٣٠	٥ر٣٣	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٣٠ر٦٧	١٠٠

جدول رقم (٢٤) يوضح أهم الجهات المسئولة عن تشغيل المعوقين بعد تأهيلهم حسب رأي عينة البحث من العاملين والمسئولين

الجهات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
المركز أو المؤسسة	ك						٣		٣			٤		٤	٧
	٪						٢		٢			٢ر٦٧		٢ر٦٧	٤ر٦٧
وزارة العمل والشئون الاجتماعية	ك	١١	١	١٢	٤	٤	٤		١٢			٤	١	٥	٢٩
	٪	٧ر٣٣	٦٧ر	٨	٢ر٦٧	٢ر٦٧	٢ر٦٧		٨			٢ر٦٧	٦٧ر	٣ر٣٣	١٩ر٣٣
وزارة الخدمة المدنية	ك	٢٦	٨	٣٤	٨	١٢	٢٧	٧	٥٤	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٣٤
	٪	١٧ر٣٣	٥ر٣٣	٢٢ر٦٧	٥ر٣٣	٨	١٨	٤ر٦٧	٣٦	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٣٠ر٦٧	٨٩ر٣٣
المديرية العامة للتدريب المهني	ك	٢٣	١٢	٣٥	٧	٨	٢٧	٧	٤٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٣٠
	٪	١٥ر٣٣	٨	٢٣ر٣٣	٤ر٦٧	٥ر٣٣	١٨	٤ر٦٧	٣٢ر٦٧	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٣٠ر٦٧	٨٦ر٦٧

جدول رقم (٣٥) يوضح أهم الصعوبات التي تواجه عملية تشغيل المعوقين بعد الانتهاء من تأهيلهم

العينة / أهم الصعوبات		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الحوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
نقص فرص العمل	ك	٢	٣	٢٣		٥	١٦	٦	٢٧	٤	١	٦	١٢	٢١	٧١
	٪	١٣٫٣٣	٢	١٥٫٣٣		٣٫٣٣	١٠٫٦٧	٤	١٨	١٫٣٣	٫٦٧	٤	٨	١٤٫٣٣	١٧٫٣٣
رفض أصحاب العمل	ك	١٧	١٠	٢٧	٨	٧	٢٢	٦	٤٣	٣	٣	٧	١٣	٢٦	٩٦
	٪	١١٫٣٣	٦٫٦٧	١٨٫	٥٫٣٣	٤٫٦٧	١٤٫٦٧	٤	٢٧٫٣٣	٢	٢	٤٫٦٧	٨٫٦٧	١٧٫٣٣	٦٤
نقص الرواتب	ك	١		١		١	٢٢	٣	٢٦		١	٧	١٠	١٨	٤٥
	٪	٫٦٧		٫٦٧		٫٦٧	١٤٫٦٧	٢	١٧٫٣٣		٫٦٧	٤٫٦٧	٦٫٦٧	١٢	٣
الخوف من تشغيل المعوقين	ك	١٥	١٢	٢٧	٦	٩	١٩	٥	٣٩	٣	٣	٩	١٣	٣٣	٩٤
	٪	١٠	٨	١٨	٤	٦	١٢٫٦٧	٣٫٣٣	٢٦	٢	٢	٦	٨٫٦٧	٢٢	٦٢٫٦٧
مشكلة النقل والمواصلات	ك	٤	٣	٧	١	١٠	١٥	٢	٣٥	١		٦	١٥	٢٢	٥٧
	٪	٢٫٦٧	٢	٤٫٦٧	٫٦٧	٦٫٦٧	١٠	١٫٣٣	٢٣٫٣٣	٫٦٧		٤	١٠	١٤٫٦٧	٣٨
عدم تطبيق قانون العمل	ك	٢١	٩	٣٠	٨	٨	١٤	٥	٤٥	٢		٥	١٦	٢٣	٨٨
	٪	١٤	٦	٢٠	٥٫٣٣	٥٫٣٣	٩٫٣٣	٣٫٣٣	٣	١٫٣٣		٣٫٣٣	١٠٫٦٧	١٥٫٣٣	٥٨٫٦٧
عدم وجود هيئات تشغيل المعوقين	ك	٩	٩	١٨	٣	٦	١٤	٦	٢٩	٢		٢	١	١٥	٦٢
	٪	٦	٦	١٢	٢	٤	٩٫٣٣	٤	١٩٫٣٣	١٫٣٣		٢	٦٫٦٧	١٠	٤١٫٣٣
عدم التدريب علي مهنة يحتاجها السوق	ك	١	٣	٤	٢		٣	٣	٨	٢		٤	٨	١٤	٢٦
	٪	٫٦٧	٢	٢٫٦٧	١٫٣٣		٢	٢	٥٫٣٣	١٫٣٣		٢٫٦٧	٥٫٣٣	٩٫٣٣	١٧٫٣٣
تشغيل المعوق في مهن أخري المختلفة	ك		١	١		٣	١	٣	٧				١		٩
	٪		٫٦٧	٫٦٧		٢	٫٦٧	٢	٤٫٦٧				٫٦٧		٦

جدول رقم (٣٦) يوضح أهم المشكلات والصعوبات التي تواجه الخريجين من المعوقين بعد تشغيلهم حسب رأي العاملين والمسئولين

المشكلات / العينة		المدارس: الأمل	المدارس: الفكرية	المجموع	المراكز: بهجة	المراكز: النوضي	المراكز: صلالة	المراكز: الصمانية	المجموع	المستشفيات: السلطاني	المستشفيات: النهضة	المستشفيات: خولة	المستشفيات: ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
عدم الاستمرار في العمل	ك		٣	٣	٧	١	١٤		٢٢	٣	٢	٨	١٨	٣٢	٥٧
	٪		٢	٢	٤ر٦٧	ر٦٧	٩ر٣٣		١٤ر٦٧	٢	٢	٥ر٣٣	١٢	٢١ر٣٣	٣٨
كثرة التغيب والاجازات	ك		٤	٤	٢	١	٢٦	١	٣٤		٢	٤	٥	١١	٤٤
	٪		٢ر٦٧	٢ر٦٧	١ر٣٣	ر٦٧	١٧ر٣٣	ر٦٧	٢٢ر٦٧		١ر٣٣	٢ر٦٧	٣ر٣٣	٧ر٣٣	٢٩ر٣٣
التأخير الدائم عن مواعيد العمل	ك	٤	٤	٨	٦	١	٢١	٢	٣٨			٣		٣	٤١
	٪	٢ر٦٧	٢ر٦٧	٥ر٣٣	٤	ر٦٧	١٤	١ر٣٣	٢٥ر٣٣			٢		٢	٢٧ر٣٣
عدم الالتزام بالعمل	ك	٢	٤	٦	٨	٢	١٢		٢٨			٣	١	٤	٣٢
	٪	١ر٣٣	٢ر٦٧	٤	٥ر٣٣	١ر٣٣	٨		١٨ر٦٧			٢	١ر٣٣	٢ر٦٧	٢١ر٣٣
اثارة المشكلات	ك	١	٤	٥		٢	٦	١	٩	١		٢	٢	٥	١٨
	٪	ر٦٧	٢ر٦٧	٣ر٣٣		١ر٣٣	٤	ر٦٧	٦	ر٦٧		١ر٣٣	١ر٣٣	٣ر٣٣	١٢
عدم القيام بالأعمال المطلوبة	ك		١	١	٢	٢	٥	٣	١٢	١		٧	١٥	٢٣	٣٦
	٪		ر٦٧	ر٦٧	١ر٣٣	١ر٣٣	٣ر٣٣	٢	٨	ر٦٧		٤ر٦٧	١٠	١٥ر٣٣	٢٤
صعوبة المواصلات	ك				٣	١٠	٩	٦	٢٧	٣	١	٩	١٩	٣١	٦٠
	٪				٢	٦ر٦٧	٦	٤	١٨	٢	ر٦٧	٦	١٢ر٦٧	٢٠ر٦٧	٤٠
عدم وجود مساكن قريبة للمعوقين	ك		١	١	٣	٦	١٠	٥	٢٤	٣		٩	١٨	٢٧	٥٥
	٪		ر٦٧	ر٦٧	٢	٤	٦ر٦٧	٣ر٣٣	١٨	٢		٦	١٢	١٨	٣٦ر٦٧

جدول رقم (٣٧) يوضح وجود نقص في التخصصات الضروريه والمساعدة لعملية رعاية وتاهيل المعوقين حسب راي [illegible]

المتغيرات / العينة		المدارس: الأمل	المدارس: الفكرية	المجموع	المراكز: بديد	المراكز: الخوض	المراكز: صلالة	المراكز: العمانية	المجموع	المستشفيات: السلطاني	المستشفيات: النهضة	المستشفيات: خولة	المستشفيات: ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
نعم	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	٩	٣٠	٧	٥٤	٥	٤	١٢	٢٤	٤٥	١٤٣
	٪	٢١٫٣٣	٨٫٦٧	٣٠	٥٫٣٣	٦	٢٠	٤٫٦٧	٣٦	٣٫٣٣	٢٫٦٧	٨	١٦	٣٠	٩٥٫٣٣
لا	ك					٥			٥				١	١	٧
	٪					٣٫٣٣			٣٫٣٣				٫٦٧	٫٦٧	٤٫٦٧
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٥	٥	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥٠
	٪	٢١٫٣٣	٨٫٦٧	٣٠	٥٫٣٣	٩٫٣٣	٢٠	٤٫٦٧	٣٩٫٣٣	٣٫٣٣	٢٫٦٧	٨	١٦٫٦٧	٣٠٫٦٧	١٠.

جدول رقم (٢٨) يوضح أهم التخصصات والوظائف التي تحتاجها مؤسسات رعاية المعوقين حسب رأي عينة البحث من العاملين

العينة / أهم التخصصات		المدارس: الأمل	المدارس: الفكرية	المجموع	المراكز: بديد	المراكز: الخوض	المراكز: صلالة	المراكز: العمانية	المجموع	المستشفيات: السلطاني	المستشفيات: النهضة	المستشفيات: خولة	المستشفيات: ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
اخصائيون نفسيون	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨		٣٠	٧	٤٥	٥	٣	١٢	٢٥	٤٥	١٣٥
	٪	٢١٫٣٣	٨٫٦٧	٣٠	٥٫٣٣		٢٠	٤٫٦٧	٣٠	٣٫٣٣	٢	٨	١٦٫٦٧	٣٠	٩
اخصائيون اجتماعيون	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨		٣٠	٧	٤٥	٣	٣	١٢	٢٥	٤٣	١٣٢
	٪	٢١٫٣٣	٨٫٦٧	٣٠	٥٫٣٣		٢٠	٤٫٦٧	٣٠	٢	٢	٨	١٦٫٦٧	٢٨٫٦٧	٨٨
اخصائي تأهيل والتوجيه والتربية	ك	٣٠	١٣	٤٣	٨	١٠	٣٠	٧	٥٥	٤	١	١٢	٢٥	٤١	١٤٤
	٪	٢٠	٨٫٦٧	٢٨٫٦٧	٥٫٣٣	٦٫٦٧	٢٠	٤٫٦٧	٣٦٫٦٧	٢٫٦٧	٫٦٧	٨	١٦٫٦٧	٢٧٫٣٣	٩٦
اخصائي علاج طبيعي ورياضيين	ك	٢٧	١٣	٤٠	٨	٥	٣٠	٧	٥٠	٢	٣	١٠	٢٤	٣٩	١٢٩
	٪	١٨	٨٫٦٧	٢٦٫٦٧	٥٫٣٣	٣٫٣٣	٢٠	٤٫٦٧	٣٣٫٣٣	١٫٣٣	٢	٦٫٦٧	١٦	٢٦	٨٦
الاطباء	ك	١٤	١١	٢٥	٨	٣٠	٣٠	٧	٤٧				٢٥	٢٥	١٢٨
	٪	٩٫٣٣	٧٫٣٣	١٦٫٦٧	٥٫٣٣	٢	٢٠	٤٫٦٧	٣١٫٣٣				١٦٫٦٧	١٦٫٦٧	٨٥٫٣٣
المدرمين	ك	٢٧	١١	٢٨	٨	٩	٢٦	٧	٥٠	١		١	١٦	١٨	١٠٦
	٪	١٨	٧٫٣٣	١٨٫٦٧	٥٫٣٣	٦	١٧٫٣٣	٤٫٦٧	٣٣٫٣٣	٫٦٧		٫٦٧	١٠٫٦٧	١٢	٧٠٫٦٧
نقص الكوادر العمانية	ك	٢٠	٩	٢٩	٨	٣	٢٣	٧	٤١	٥	١	١	٢٢	٢٩	٩٩
	٪	١٣٫٣٣	٦	١٩٫٣٣	٥٫٣٣	٢	١٥٫٣٣	٤٫٦٧	٢٧٫٣٣	٣٫٣٣	٫٦٧	٫٦٧	١٤٫٦٧	١٩٫٣٣	٦٦

جدول رقم (٣٩) يوضح وجود نقص في التجهيزات والمعدات اللازمة لرعاية وتأهيل المعوقين حسب رأي العاملين والمسئولين

المتغيرات	العينة	المدارس: الأمل	المدارس: الفكرية	المجموع	المراكز: بدبد	المراكز: الغويض	المراكز: صلالة	المراكز: العمانية	المجموع	المستشفيات: السلطاني	المستشفيات: النهضة	المستشفيات: خولة	المستشفيات: ابن سينا	المجموع	المجموع الكلي
نعم	ك	٣٠	١٣	٤٣	٨	١٢	٣٠	٧	٥٧	٥	٢	١٢	٢٥	٤٤	١٤٤
	٪	٢٠	٨٫٦٧	٢٩٫٦٧	٥٫٣٣	٨	٢٠	٤٫٦٧	٣٨	٣٫٣٣	١٫٣٣	٨	١٦٫٦٧	٢٩٫٣٣	٩٦
لا	ك	٢		٢		١			٢		٢			٢	٦
	٪	١٫٣٣		١٫٣٣		١٫٣٣			١٫٣٣		١٫٣٣			١٫٣٣	٤
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٥	٥	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥٠
	٪	٢١٫٦٧	٨٫٦٧	٣٠	٣٫٣٣	٩٫٣٣	٢٠	٤٫٦٧	٣٫٣٣	٣٫٣٣	٤٫٦٧	٨	١٦٫٦٧	٣٠٫٦٧	١٠٠

جدول رقم (٤٠) يوضح أهم أوجه النقص في التجهيزات والمعدات اللازمة لرعاية وتأهيل المعوقين حسب رأي العاملين بهذه المؤسسات

أوجه النقص / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بديد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
المباني والمنشآت عامة	ك	٢٥	١٢	٣٧	٨	١١	٢٥	٦	٥١		١	١	٢٥	٣٦	١٢٣
	٪	١٦ر٦٧	٨	٢٤ر٦٧	٥ر٣٣	٧ر٣٣	١٦ر٦٧	٤	٣٤		ر٦٧	ر٦٧	١٦ر٦٧	٢٧ر٣٣	٨٢
قاعات التأهيل والتدريب	ك	٢٣	١٢	٣٨	٨	٤	٣٠	٦	٤٨	٤	٢	١١	٢٥	٤٢	١٢٥
	٪	١٥ر٣٣	٨	٢٥ر٣٣	٥ر٣٣	٢ر٦٧	٢٠	٤	٣٢	٢ر٦٧	١ر٣٣	٧ر٣٣	١٦ر٦٧	٢٨	٨٣ر٣٣
قاعات الاختبارات والاجتماعات	ك	٢٧	١٢	٣٩	٨	٥	٢٩	٧	٤٩	٢	١	١١	٢٥	٣٩	١٢٧
	٪	١٨	٨	٢٦	٥ر٣٣	٣ر٣٣	١٩ر٣٣	٤ر٦٧	٣٢ر٦٧	١ر٣٣	ر٦٧	٧ر٣٣	١٦ر٦٧	٢٦	٨٤ر٦٧
المعامل والمختبرات النفسية	ك	٢٧	١٣	٤٠	٨	٨	٢٩	٧	٥٢	٥		١١	٢٥	٤١	١٣٣
	٪	١٨	٨ر٦٧	٢٦ر٦٧	٥ر٣٣	٥ر٣٣	١٩ر٣٣	٤ر٦٧	٣٤ر٦٧	٣ر٣٣		٧ر٣٣	١٦ر٦٧	٢٧ر٣٣	٨٨ر٦٧
ورش التدريب المهني	ك	٢٧	١٢	٣٩	٨	٤	٣٠	٧	٤٩						٧٨
	٪	١٨	٨	٢٦	٥ر٣٣	٢ر٦٧	٢٠	٤ر٦٧	٣٢ر٦٧						٥٢
أجهزة العلاج الطبيعي والرياضي	ك	٢١	٧	٢٩	٨	٩	٢٢	٧	٤٦	٤		٤	٢٥	٣٨	١١٣
	٪	١٤	٤ر٦٧	١٨ر٦٧	٥ر٣٣	٦	١٤ر٦٧	٤ر٦٧	٣٠ر٦٧	٢ر٦٧	٥	٢ر٦٧	١٦ر٦٧	٢٥ر٣٣	٧٥ر٣٣
الخامات اللازمة للتدريب	ك	٩	٦	١٥	٥	١	١٥	٧	٢٨	٢	٣ر٣٣	٤		٦	٤٩
	٪	٦	٤	١٠	٥ر٣٣	ر٦٧	١٠	٤ر٦٧	١٨ر٦٧	١ر٣٣		٢ر٦٧		٤	٣٢ر٦٧

جدول رقم (٤١) يوضح وجود معوقات خارجية تؤثر علي عملية رعاية المعوقين حسب رأي عينة البحث من العاملين

المشكـلات / العينـة		المدارس		المجموع	المراكـز				المجموع	المستشفيـات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بديد	الحوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
نعـم	ك	٢٦	١٣	٣٩	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٤٤
	/	١٧٫٣٣	٨٫٦٧	٢٦	٥٫٣٣	٩٫٣٣	٢٠	٤٫٦٧	٣٩٫٣٣	٣٫٣٣	٢٫٦٧	٨	١٦٫٦٧	٣٠٫٣٣	٩٦
لا	ك	٦		٦											٦
	/	٤		٤											٤
المجموع	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٥٠
	/	٢١٫٣٣	٨٫٦٧	٣٠	٥٫٣٣	٩٫٣٢	٢٠	٤٫٦٧	٣٩٫٣٣	٣٫٣٣	٢٫٦٧	٨	١٦٫٦٧	٣٠٫٣٣	[illegible]

جدول رقم (٤٢) يوضح أهم المعوقات الخارجية التي تؤثر علي عملية رعاية المعوقين

أهم المعوقات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بديد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
التعاون بين الأسرة والمؤسسة	ك	٢٤	١٢	٣٧	٨	١٢	٣٠	٣	٥٣	٤	٤	١١	٢٥	٤٥	١٣٤
	/	١٦	٨ر٦٧	٢٤ر٦٧	٥ر٣٣	٨	٢٠	٢	٣٥ر٣٣	٢ر٦٧	٢ر٦٧	٧ر٣٣	١٦ر٦٧	٢٩ر٦٧	٨٩ر٣٣
التعاون بين المؤسسات والقطاعات المجتمعية	ك	٢١	١٢	٣٦	٧	١٢	٣٠	٣ -	٥٢	٤	٣	١٢	٢٥	٤٥	١٢٩
	/	١٤	٨	٢٤	٤ر٦٧	٨	٢٠	٢	٣٤ر٦٧	٢ر٦٧	٢	٨	١٦ر٦٧	٢٩ر٦٧	٨٦
نقص الوعي العام حول الاعاقة	ك	٢٦	١٣	٣٩	٨	١٣	٣٠	٧	٥٩	٥	٤	١٢	٢٥	٤٦	١٤٣
	/	١٧ر٣٣	٨ر٦٧	٢٦ر٦٧	٥ر٣٣	٨ر٦٧	٢٠	٤ر٦٧	٣٩ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٦ر٦٧	٣٠ر٣٣	٩٥ر٣٣
عدم استيعاب المتقدمين من المعوقين	ك	٢٤	١٣	٣٩	٧	١١	٢٩	٧	٥٦	٣	٣	١٢	٢٥	٤٣	١٣٤
	/	١٦	٨ر٦٧	٢٦ر٦٧	٤ر٦٧	٧ر٣٣	١٩ر٣٣	٤ر٦٧	٣٧ر٣٣	٢	٢	٨	١٦ر٦٧	٢٨ر٣٣	٨٩ر٣٣
نقص الاعانات المالية	ك	٢٢	١٢	٣٨	٨	١٠	٢٦	٧	٥١	٣	١	٨	١٦	٣٨	١١٣
	/	١٤ر٦٧	٨	٢٦	٥ر٣٣	٦ر٦٧	١٧ر٣٣	٤ر٦٧	٣٤	٢	ر٦٧	٥ر٣٣	١٠ر٦٧	٢٥ر٣٣-	٧٥ر٣٢

جدول رقم (٤٣) يوضح أهم مقترحات العاملين والمسئولين من عينة البحث حول رفع مستوي كفاءة العمل بموسسات المعوقين

أهم المقترحات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				[illegible]	[illegible]
		الأمل	الفخريه		مدد	الحوص	صلالة	العمانيه		السلطاني	النهضة	حوله	[illegible]		
احراء مسح احصائي شامل للمعوقين	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٣	٧	٥٩	٥	٣	١١	٢٢	٤٢	١٤١
	٪	٢١٫٣٣	٨٫٦٧	٣٠	٥٫٣٣	٩٫٣٣	٢٠	٤٫٦٧	٣٩٫٣٣	٣٫٣٣	٢	٧٫٣٣	١٥٫٣٣	٢٨	٩٧٫٣٣
زيادة الامكانات المادية والمالية	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٧	١٢	٢٥	٤٥	١٤٩
	٪	٢١٫٣٣	٨٫٦٧	٣٠	٥٫٣٣	٩٫٣٣	٢٠	٤٫٦٧	٣٩٫٣٣	٣٫٣٣	٤٫٦٧	٨	١٦	٣٠	٩٩٫٣
توفير الكوادر المتخصصة تدريب العاملين	ك	٣٠	١٣	٤٣	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٧	١٢	٢٥	٤٦	١٤٨
	٪	٢٠	٨٫٦٧	٢٨٫٦٧	٥٫٣٣	٩٫٣٣	٢٠	٤٫٦٧	٣٩٫٣٣	٣٫٣٣	٤٫٦٧	٨	١٦٫٦٧	٣٠٫٦٧	٩٨٫٦٧
ارسال بعثات للتخصصات الهامة	ك	٣٠	١٣	٤٣	٨	١٤	٣٠	٧	٥٩	٥	٤-	١١	٢٥	٤٢	١٤٧
	٪	٢٠	٨٫٦٧	٢٨٫٦٧	٥٫٣٣	٩٫٣٣	٢٠	٤٫٦٧	٣٩٫٣٣	٣٫٣٣	٢٫٦٧	٧٫٣٣	١٦٫٦٧	٢٨	٩٨
تدعيم التعاون بين المؤسسات والمجتمع	ك	٣٠	١٣	٤٣	٨	١٤	١٨	٧	٤٦	٥	٤	٤	١٥	٢٨	١١٧
	٪	٢٠	٨٫٦٧	٢٨٫٦٧	٥٫٣٣	٩٫٣٣	١٢	٤٫٦٧	٣٫٣٣	٣٫٣٣	٢٫٦٧	٢٫٦٧	١٠	١٨٫٦٧	٧٨
تدعيم التعاون بين المؤسسات والمجتمع	ك	٣١	١٠	٤١	٨	١٤	٣٢	٧	٥١	٥	٤	١٠	٢١	٤	١٣٢
	٪	٢٠٫٦٧	٦٫٦٧	٢٧٫٣٣	٥٫٣٣	٩٫٣٣	١٤٫٦٧	٤٫٦٧	٣٤	٣٫٣٣	٢٫٦٧	٦٫٦٧	١٤	٣٦٫٧	٨٨
تدعيم التعاون بين المؤسسات والجامعة	ك	٣٠	١٠	٤٠	٨	١٤	٢٥	٧	٥٤	٥	٤	١١	٢٣	٤٣	١٣٧
	٪	٢٠	٦٫٦٧	٢٦٫٦٧	٥٫٣٣	٩٫٣٣	١٦٫٦٧	٤٫٦٧	٣٦	٣٫٣٣	٢٫٦٧	٧٫٣٣	١٥٫٣٣	٢٨٫٣٣	٩٠٫٣٣
توفير الاجهزة والمعدات	ك	٣٢	٩	٤١	٨	١٣	١٨	٧	٤٥	٥	٤	٨	٢١	٣٨	٢٤
	٪	٢١٫٣٣	٦	٢٧٫٣٣	٥٫٣٣	٨٫٦٧	١٢	٤٫٦٧	٣٠	٣٫٣٣	٢٫٦٧	٥٫٣٣	١٤	٢٥٫٣٣	٨٢٫٦٧
توفير المنشآت اللازمة	ك	٣٢	٩	٤١	٧	١٣	١٩	٧	٤٤	٥	٤	٩	٢١	٣٩	١٣٦
	٪	٢١٫٣٣	٦	٢٧٫٣٣	٤٫٦٧	٨٫٦٧	١٢٫٦٧	٤٫٦٧	٢٩٫٣٣	٣٫٣٣	٢٫٦٧	٦	١٤	٢٦	٨٤
انشاء ورش محمية	ك	٣١	١١	٤٢	٧	١٣	٢٣	٧	٥٠	٥	٤	٨	٢٠	٢٩	١٢٩
	٪	٢٠٫٦٧	٧٫٣٣	٢٨	٤٫٦٧	٨٫٦٧	١٥٫٣٣	٤٫٦٧	٣٣٫٣٣	٣٫٣٣	٢٫٦٧	٥٫٣٣	١٣٫٣٣	٢٦	٨٦
تنفيذ قوانين العمل وتشغيل المعوقين	ك	٣٢	١١	٤٣	٨	١٤	٢٧	٧	٥٧	٥	٤	٦	٢	٣٥	١٣٤
	٪	٢١٫٦٧	٧٫٣٣	٢٧٫٣٣	٤٫٦٧	٩٫٣٣	١٨	٤٫٦٧	٣٨	٣٫٣٣	٢٫٦٧	٤	١٣٫٣٣	٢٣٫٣٣	٨٩٫٣٣

تابع جدول رقم (٤٢) يوضح أهم مقترحات العاملين والمسئولين من عينة البحث حول رفع مستوى كفاءة العمل بمؤسسات المعوقين

المقترحات / العينة		المدارس		المجموع	المراكز				المجموع	المستشفيات				المجموع	المجموع الكلي
		الأمل	الفكرية		بدبد	الخوض	صلالة	العمانية		السلطاني	النهضة	خولة	ابن سينا		
انشاء الجمعيات الخيرية	ك	٣١	١٢	٤٤	٨	١٤	٢١	٧	٥٠	٥	٣	٦	١٤	٢٨	١٢١
	/	٢٠ر٦٧	٨	٢٩ر٣٣	٥ر٣٣	٩ر٣٣	١٤	٤ر٦٧	٣٣ر٣٣	٣ر٣٣	٢	٤	٩ر٣٣	١٨ر٦٧	٨٠ر٦٧
انشاء مراكز للمعوقين في الولايات	ك	٣٢	١١	٤٣	٨	١٣	١٨	٧	٤٤	٥	٤	٧	١٥	٢١	١٢٠
	/	٢١ر٣٣	٧ر٣٣	٢٨ر٦٧	٥ر٣٣	٨ر٦٧	١٢	٤ر٦٧	٢٩ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٤ر٦٧	١٠	١٤	٨٠
انشاء مدارس للتربية الخاصة	ك	٣٢	١٢	٤٤	٨	١٢	٢٣	٧	٥٠	٥	٤	٨	١١	٢٨	١٢٢
	/	٢١ر٣٣	٨	٢٩ر٣٣	٥ر٣٣	٨	١٥ر٣٣	٤ر٦٧	٣٣ر٣٣	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٥ر٣٣	٧ر٣٣	١٨ر٦٧	٨١ر٣٣
اعداد مدرسين وطنيين	ك	٣٢	١٢	٤٤	٨	١٤	٢٤	٧	٥٢	٥	٤	١٠	٢٤	٤٣	١٣٩
	/	٢١ر٣٣	٨	٢٩ر٣٣	٥ر٣٣	٩ر٣٣	١٦	٤ر٦٧	٣٤ر٦٧	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٦ر٦٧	١٦	٢٨ر٦٧	٩٢ر٦٧
اهتمام وسائل الاعلام	ك	٣٢	١٢	٤٤	٨	١٤	٢٨	٧	٤٧	٥	٤	١٢	٢٣	٤٤	١٤٤
	/	٢١ر٣٣	٨	٢٩ر٣٣	٥ر٣٣	٩ر٣٣	١٨ر٦٧	٤ر٦٧	٤ر٦٧	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٥ر٣٣	٢٩ر٣٣	٩٦
الاستفادة من الهيئات العالمية	ك	٣٢	١٣	٤٥	٨	١٤	٣٠	٧	٤٩	٥	٤	١٢	٢٠	٤١	١٤٣
	/	٢١ر٣٣	٨ر٦٧	٣٠	٥ر٣٣	٩ر٣٣	٢٠	٤ر٦٧	٢٩ر٦٧	٣ر٣٣	٢ر٦٧	٨	١٣ر٣٣	٢٧ر٣٣	٩٥ر٣٣



المحتويات

الصفحات

